

# HVERDAGSLIV I SPINALSKADEAVDELING

*En studie av sykepleieres refleksjoner om  
rehabiliteringsprosessen hos ryggmargsskadede pasienter*

**Gunvor Jørgensen**



Mastergradsoppgave

UNIVERSITETET I OSLO

Det medisinske fakultet

Institutt for sykepleievitenskap

November 2009



### *Forord*

Problemstillingen som er knyttet til sykepleieres refleksjoner rundt styrking av pasientens mål og driv i en rehabiliteringsprosess har interessert meg i en årrekke. Masterstudiet ga meg muligheten til å gå dypere inn i problematikken ved kompleksiteten i praksis i rehabiliteringsfeltet. Arbeidet har vært morsomt, krevende og utviklende og det er mange som har bidratt på ulike måter til det resultatet som nå foreligger.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til alle de respondentene som velvillig stilte opp til intervju og lot meg få innsyn i deres refleksjoner omkring rehabilitering til ryggmargskadde.

Av andre som jeg vil takke, er min kunnskapsrike og arbeidsomme veileder amanuensis Christina Foss. Hun gav meg mange og lærerike utfordringer underveis.

Takk til andre gode venner, kolleger og familien som alltid var der med sin oppmuntring.

Takk til ledelsen ved min arbeidsplass St. Olavs Hospital for lesedagene. De kom godt med.

### *Sammendrag*

Tittel og undertittel: Hverdagsliv i spinalskadeavdeling. En studie av sykepleieres refleksjoner om rehabiliteringsprosessen hos ryggmargsskadde pasienter.

Hensikt: Det er kjent at mange erfarne og dyktige sykepleiere har et større kunnskapsgrunnlag enn de formidler med ord til pasienter, pårørende og helsepersonell. Oppgavens formål er å analysere erfarne sykepleieres refleksjoner om rehabiliteringsprosessen til ryggmargsskadde pasienter ved tre utvalgte spinalskadeavdelinger. Refleksjonene tar utgangspunkt i møter med pasienten i daglig stell og omsorg i rehabiliteringen.

Teoretisk forståelsesramme: Omsorg i rehabilitering beskrives som rammeverk for rehabiliteringssykepleierens arbeid i spinalskadeavdeling. Oppgaven sees i forhold til teori om taus kunnskap, spesielt i et rehabiliteringsperspektiv og omsorgsperspektiv.

Metode: I undersøkelsen er det valgt et beskrivende design. Det er anvendt en kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer av 10 rehabiliteringssykepleiere. Respondentene er fordelt på tre utvalgte spinalskadeavdelinger. Data analyseres ved hjelp av innholdsanalyse.

Funn: Selv om mange rehabiliteringssykepleiere satt inne med betydelige mengder taus kunnskap, var det problematisk for dem å verbalisere kunnskapen. De utvalgte sykepleierne brukte illustrerende eksempler som kunne belyse denne kunnskapen og viste at de daglig brukte taus kunnskap. Et funn er at non verbal nærhet til pasienten beskrives som svært viktig for å gjøre seg kjent med pasientens preferanser og interesseområder som brukes for å styrke selvbilde og mestring hos pasienten. Sykepleierne brukte persepsjon av pasienten for å finne ut når han/hun er klar for å bevege seg videre i rehabiliteringsprosessen. Autonom tilnærming i kommunikasjon mellom pasient og sykepleier styrket pasientens vilje til å ta ansvar for egenomsorg. Funn viste og at håp er viktig for pasienten, fordi håp har optimisme i seg og sykepleiernes tause kunnskap om håpets kraft, var en motivasjonsfaktor som hjalp

---

pasienten til å se framover. Observasjon av pasienten gjorde at sykepleierne skjønte hvor mye den enkelte pasienten kunne "ta inn" av informasjon og trene, og unngikk derfor at pasienten ble overlesset med treningsoppgaver og informasjon. Taus kunnskap bidro til at sykepleierne visste hvordan kontroll kunne gjenvinnes for den ryggmargsskadde pasienten.

Nøkkelord: Ryggmargsskade, rehabiliteringssykepleie, rehabiliteringsprosess, taus kunnskap, motivasjon, sykepleierolle, sykepleiefunksjon

Konklusjon: Erfaring spiller en rolle fordi det har med å få helhet og sammenheng og en rekke forhold i rehabilitering må ses i sammenheng med hverandre. Denne undersøkelsen har tatt utgangspunkt i sykepleierens refleksjoner om sine roller i rehabiliteringsprosessen til ryggmargsskadde pasienter. Det er usikkert om hvordan pasienten opplever sykepleierens maktposisjon relatert til pasientens rehabiliteringsprosess. Det trengs det mer forskning om

### *Abstract*

Title: Everyday-life in spinal cord unit. A study of nurses' reflections on the process of rehabilitation to patients with spinal cord injury.

Aim of the study: It is well known that many experienced and capable nurses have more knowledge than they can tell patients, relatives and health staff. The purpose of this study is to analyse experienced nurses' reflections of the rehabilitation process of patients with spinal cord injury at three selected spinal cord injury units. The reflections are based on meetings in every-day care in the rehabilitation nursing.

Theoretic framework: Care in rehabilitation contemplates as framework for rehabilitation nurses in spinal cord injury units. The theoretical basement of this study is tacit knowledge, related especially to a rehabilitation nursing perspective and care perspective.

Method: Descriptive design is chosen for the study. A qualitative method was used with semi - structured interviews. The selection consists of 10 rehabilitation nurses.

The respondents are divided between three spinal cord injuries. Data is parsed by content analysis.

Findings: Even though many rehabilitation nurses possessed much tacit knowledge, it was problematic to verbalize their knowledge. The selected nurses used illustrative examples to highlight the tacit knowledge and visualized that they used tacit knowledge in everyday caring for the patients with spinal cord injury. A finding is that non – verbal nearness to the patient describes as very important in order that get insight in the preferences and interests using for strengthen the patients self-esteem and coping. The nurses used perception of the patient to find out when he/her was ready for moving forward in the process of rehabilitation. Autonomy approach in communication between the nurse and the patient strengthen his will for responsibility of his life. Hope is important for the patient, because hope include optimism, the nurses` tacit knowledge was that the power of hope motivates the patient looking forward. Finally, the nurses by observing the patient, knew because of tacit knowledge how much the patient could “take in” of information and exercise at the moment, avoiding the patient to be overloaded with information and tasks. The nurses also knew how control could be retrieved for the patient.

Konklusjon: Experience in rehabilitation nursing is important because experience gives a whole and coherence and many relations in rehabilitation depend on coherence to each other. This study is based on the reflections of the roles of the rehabilitation nurses in the process of the rehabilitation to the patients. There are doubts in how the patients experiences the power the nurses have related to the patients process of rehabilitation. There is a requirement for that

# INNHold

Forord

## Kapittel 1. Innledning

|  |     |
|--|-----|
| 1.1 Introduksjon.....                        | 11  |
| 1.2 Bakgrunn for valg av tema.....           | 14. |
| 1.3 Hensikt og problemstilling.....          | 15  |
| 1.4 Oppgavens oppbygning og avgrensning..... | 16  |

## Kapittel 2. Teori..... 18

|   |     |
|---|-----|
| 2.1 Litteraturgjennomgang.....  | 18  |
| 2.2 Rehabilitering.....   | !8  |
| 2.3 Ryggmargsskade.....   | 19  |
| 2.4 Litteraturgjennomgang om sykepleierens rolle og funksjoner i en<br>rehabiliteringsprosess sett fra pasientens ståsted.....    | 24  |
| 2.5 Litteraturgjennomgang om sykepleierens rolle og funksjoner i en<br>rehabiliteringsprosess sett fra sykepleierens ståsted..... | 26  |
| 2.6 Andre studier med relevans for rehabilitering av ryggmargsskadde pasienter  | 28  |
| 2.7. Teoretisk forståelsesramme for rehabiliteringssykepleierens funksjoner   | 29  |
| 2.7.1 Å være pasientens tillit verdig.....  | 31. |
| 2.7.2 Optimisme gir motivasjon for rehabiliteringsprosess.....  | 31  |
| 2.7.3 Sympati kan lette lidelsen.....   | 31  |

---

|   |    |
|---|----|
| 2.7.4 Ser hvordan pasienten har det.....  | 31 |
| 2.7.5 Hjelp til å se framover.....  | 33 |
| 2.7.6 Redusere maktesløshet og energitap.....   | 34 |
| 2.7.7 Pasientens roller og verdighet.....   | 34 |
| 2.7.8 Pasientens identitet og selvbylde.....  | 35 |
| 2.7.9Terapeutisk humor.....   | 35 |
| 2.7.10Læring av ferdigheter relatert til ervervet ryggmargsskade.....                                     | 35 |
| 2.8. Teoretisk forståelsesramme for taus kunnskap.....  | 38 |
| 2.8.1 Michael Polanyi skapte begrepet taus kunnskap.....  | 39 |
| 2.8.2 Donald Schön beskriver refleksjon i og over praksissituasjonen.....                                 | 40 |
| 2.8.3 Bengt Molander beskriver den levende kunnskapen som praktisk<br>kunnskapsform.....                  | 41 |
| 2.8.4 Torunn Hamran beskriver taus kunnskap basert på observasjon og nærhet i<br>fagutøvelse av sykepleie |    |

### **Kapittel 3. Design og metodevalg for studien**

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| 3.1 Metodevalg.....                  | 47 |
| 3.2 Gjennomføring av prosjektet..... | 47 |
| 3.3 Planlegging og forberedelse..... | 48 |
| 3.4 Utvalg og utvalgsriterier.....   | 48 |
| 3.5 Datainnsamling.....              | 49 |



### 3.6 Dataanalyse

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Kapittel 4. Funn.....</b>   | <b>53</b> |
| 4.1 Sykepleiernes refleksjoner om rehabiliteringsprosessen.....            | 53        |
| 4.1.2 Sykepleiernes refleksjoner om oppmerksomhet.....                     | 53        |
| 4.1.3 Rehabilitering betyr målorientering.....                             | 54        |
| 4.1.4 Rehabilitering skjer ved hjelp av kommunikasjon.....                 | 54        |
| 4.1.5 Ansvar og mestring.....  | 54        |
| 4.2 Sykepleiernes refleksjoner om rehabiliteringssykepleierens roller..... | 55        |
| 4.2.1 Sykepleierens roller I forhold til håp hos pasienten.....            | 55        |
| 4.2.2 Refleksjoner om følelser.....  | 56        |
| 4.2.3 Refleksjoner om konsentrasjon.....                                   | 57        |
| 4.2.4 Sykepleierens roller I daglige gjøremål.....                         | 57        |
| 4.2.5 Pasientens roller og verdighet.....                                  | 57        |
| 4.2.6 Problematisk å tale om taus kunnskap.....                            | 57        |
| 4.2.7 Taus kunnskap som redskap for motivasjon.....                        | 57        |
| 4.2.8 Informasjon og oppgaver til pasienten.....                           | 58        |
| 4.2.9 Betydning og anvendelse av humor.....                                | 58        |
| 4.2.10 Hvorfor pasienten er glemsk.....                                    | 58        |
| 4.2.11 Selvbilde og innlæring av nye ting.....                             | 59        |
| 4.2.12 Pasientens skyldfølelse.....  | 59        |

---

**Kapittel 5. Diskusjon.....64**

5.1 Rehabiliteringsprosessen relatert til taus kunnskap.....64

5.2 Rehabiliteringssykepleierens roller relatert til taus kunnskap.....68

5.3 Metodediskusjon.....80

**Kapittel 6. Konklusjon**

6.1 Anbefalinger for videre arbeid

**Kildeliste**

# 1.INNLEDNING

## 1.1 Introduksjon

Rehabilitering er en prosess hvor flere parter deltar, men hvor likevel noe av kjernen er pasientens egen motivasjon og engasjement og vilje til å leve videre. Det viktigste målet for all rehabilitering av handikappede personer, er å fremme pasientens egen rehabiliteringsprosess, slik at pasienten kan vende hjem igjen til sine omgivelser så selvstendig og samfunnsdeltakende som mulig (St. meld. 21, Ansvar og meistring, 1998 - 1999). Tradisjonelt har rehabilitering blitt forstått som en individrettet prosess for den enkelte pasient i den hensikt å bedre funksjonsevnen. Feiring beskriver rehabilitering som kompleks og mangfoldig virksomhet, og at det har vært lansert mange ulike benevnelser på dette oppgavefeltet opp gjennom årene (Feiring, 2004).

Generell sykepleiepraksis sees på som omsorgshandlinger til pasient, utført av sykepleier i spesifikke situasjoner. Dette innebærer at sykepleieren har kunnskaper om hvordan det skapes et godt resultat av sykepleie og om det som er bra for pasienten. Medmenneskelighet og helse er de viktigste begrepene i rammeverket for sykepleie. Sykepleieperspektivet er basert på omsorgsfilosofi(Kim,2000).

Sykepleiere søker å identifisere pasientens behov, eller hvilke behov som med sannsynlighet vil møte pasienten og oppmuntrer han til å se behov og målorientering. Kjernen i sykepleiepraksis, sier Kim, er variasjoner i handlinger relatert til den profesjonelle anvendelse av kunnskaper for transformering av ”hva man vet”, til ”hva man gjør”. Fokus er *hvordan sykepleieren kommer fram til gitte handlingsvalg og hvorledes disse handlingsvalgene blir til aktuelle aktiviteter*. Sykepleier kartlegger ressurser og det som er viktig for pasienten og bygger på dette i pasient – sykepleieperspektivet (Kim, 2000). Det interessante består i å få tak i *forståelse* bak hva som frambringer nyttige forandringer hos pasienten. Sykepleierens roller og funksjoner i rehabilitering etter ervervet ryggmargskade, har betydning for resultatet i rehabiliteringsprosessen, fordi pasienten er avhengig av omsorg.

Fenomenene i sykepleieutøvelse er sympati, terapeutisk allianse og samarbeid mellom pasient og sykepleier. Pasienten har behov for å lære om skaden og ferdigheter tilknyttet skaden. Det er en prosess som skjer innenfor omsorgsfilosofi hvor pasient og sykepleier er forbundet med hverandre med sykepleierens orientering mot service og omsorgsfokus. Omsorg innebærer både å lytte til pasienten, respektere han, ivareta pasientens autonomi og oppmuntre han til å ta vare på kroppen sin. Medbestemmelse og aktiv deltagelse må ivaretas i pasient- sykepleier- kontakten (Kim, 2000). Sykepleieren kan ikke gi kraft, men tilrettelegge for at pasienten kan ta den selv.

Sykepleieren er i en unik situasjon blant helsepersonell ved at de kommer tett inn på pasienten under daglig stell (Hamran, 1987; Martinsen, 1989; Kautz, 2008; Pellatt, 2003) Denne nærheten gir en særegen mulighet, ja kanskje utgjør den en nøkkelposisjon, til å bli godt kjent med pasienten og derved kunne følge rehabiliteringsprosessen på ”nært hold”. Tilsynelatende er et ”stell et stell” og ikke en del av en rehabiliteringsprosess. Men det er også mulig at det er nettopp stellet nærhet som erfarne og reflekterte sykepleiere benytter til å kunne gi helt sentrale bidrag inn i pasientens rehabiliteringsprosess. Standarder kan bare være rettessnorer, mens årvåken observasjon kan gi viktige øyeblikksbilder av hvordan den enkelte pasienten har det. Jeg lurer på om det er denne nærheten som erfarne og reflekterte sykepleiere benytter til å kunne gi helt sentrale bidrag inn i pasientens rehabiliteringsprosess.

Kunnskaper om ryggmargsskade og handikap er viktig for å styrke rehabiliteringsforløpet, men vi vet også at pasientene bare er i stand til å motta informasjon som er gitt på et tidspunkt når de kjenner seg klar, og når relevansen er kjent (Whyatt & White, 2000; Conradi & Rand – Hendriksen, 2004 ). Da det ikke alltid er lett å vite hvor pasienten befinner seg i rehabiliteringsforløpet, kan det å skulle yte nyttige bidrag, skape utfordringer for rehabiliteringssykepleieren. (Wolfe et al 2004; Burkell et al 2006). Sykepleierens solide kjennskap til ryggmargsskaden og handikappet er viktig kunnskap for å styrke rehabiliteringsforløpet, men den virkelig gode sykepleieren ser ut til å kunne noe utover dette. Jeg har undret meg over

om denne ”mer – kunnskapen” dreier seg om å vite når det rette øyeblikket er tilstede for å introdusere emner - eller reise nye spørsmål og om hvordan tema skal presenteres for å fremme rehabiliteringsprosessen.. Jeg undres om det er en form for ”taus” kunnskap basert på observasjon og erfaring som ligger bak denne sykepleietilnærmingen og at disse sykepleierne evner å ”lytte” i en bestemt situasjon og ikke gir seg før de tror at de forstår? Men ”rett timing” er vanskelig og krever at man til enhver tid vet hvor pasienten er i egen bearbeidelsesprosess. Rehabilitering av ryggmargsskadde er en lang og krevende prosess med veksling mellom fasene i rehabilitering.

Begreper som taus kunnskap og praktisk kunnskap har vært mye diskutert innenfor sykepleiefaget (Kirkvold, 2001; Benner 1984, Hamran 1987, Martinsen 1975, 1989,1993 ). Denne form for kunnskap er en uartikulert kunnskap. Hvordan settes denne i spill og kan den uttrykkes verbalt og formidles av sykepleiere i rehabilitering?

Den tause kunnskapen er viktig fordi det er en kunnskapsform som skaper gode resultater og den gjenkjennes også i de fleste praktiske yrker. Det er erfaringsbasert kunnskap som opparbeides gjennom erfaring, refleksjon og veiledning i praksisfeltet (Schøn, 1983, Molander, 1985, Hamran, 1987), eller som hos Polanyi, (1967) med en respons som fører til at sammenhengen blir forståelig. I den kompliserte sykepleiehverdag er taus kunnskap nyttig kunnskapsform fordi den bygger på forståelse som fører til et gode for pasienten, som er rehabilitering og lindring av fysiske og psykiske smerter. For å skape taus kunnskap, må vi tenke igjennom det vi gjør og hvordan vi gjør vi gjør det. Bevisstgjøring av taus kunnskap kan gi lærings- og endringsmuligheter i praksisutøvelse. Bevisstgjøring vil også gi muligheter for å overføre kunnskap til andre (Schøn, 1983).

Å overføre taus kunnskap er en krevende prosess som fordrer tid. Eldre arbeidstakere sitter ofte inne med store mengder taus kunnskap som bare de eier og denne tause kunnskapen kan dermed lett forsvinne med personen Sykepleiernes tause kunnskaper er viktig å kunne formidle videre til yngre sykepleiere slik at pasienter, skal kunne

dra nytte av denne ekspertisen. Kirkvold hevder at ”å avdekke og verbalisere taus kunnskap i sykepleie, kan gjøre den tause kunnskapen lettere tilgjengelig, og dermed også fungere som redskap for å kunne argumentere for hva god sykepleie er.

Verbalisert taus kunnskap gjør det også enklere å reflektere over og derved se kritisk på om den praksisutøvelse som vi har, er så god som den bør være” (Kirkvold, 2001 s.73).

Prosjektet er rettet mot det Molander definerer som den praktiske kunnskapstradisjonen som er levende, praktisk kunnskap som ikke er et speilbilde av virkeligheten og tro på formler og modeller. Taus kunnskap bygger på forståelse og fortrolighet til feltet, og man kan ikke lese seg til den (Molander, 1995).

Kunnskapen er iboende i den erfarne sykepleieren og er i stor grad knyttet til erindringer om tidligere pasienter. Den blir personlig når kunnskapen integreres i personens forståelsesmønster og tankesett (Kirkvold, 2001); Schön 1983), og sykepleieren når et kompetansenivå som hos Benner refereres til som ekspert (Benner- fra Novise til ekspert, 1984).

## 1.2. Bakgrunn for valg av tema

Som rehabiliteringssykepleier over lang tid, har jeg merket meg at enkelte medarbeidere er dyktige til å hjelpe pasienten med å snu opplevd håpløshet hos ryggmargsskadde pasienter etter ulykken mot håp og tro på framtiden igjen. Valg av tema er derfor nysgjerrighet for denne tause kunnskapen som sykepleierne har. Taus kunnskap gjenspeiler seg i den reflekterte praktiker hos (Schön, 1983) og (Benners 1984) konsept på eksperten som framholder at den reflekterte praktiker ikke kan artikulere alt de vet og at deres kunnskap er av en kvalitativ forskjellig type av hva de lærte i begynnelsen. Tilnærmingsmåter kan være åpne diskusjoner for å få innsikt i denne til dels innviklede kunnskapsformen. Taus kunnskap er ingen lett tilgjengelig ressurs, men den har en viktig rolle i å styrke kunnskapen som dannes av praktikerens kapasitet.

Betydningen av å fokusere på kunnskap som erfarne og reflekterte sykepleiere har, er større i dag enn for bare få år tilbake, fordi nyutdannede sykepleieres muligheter for egen læring ved å gå sammen med en erfaren sykepleier, mester- svenn læring eller veiledning, er redusert nå fordi pasienten ligger på enerom og på grunn av bruk av primærsykepleie evt. kontaktsykepleier, og større grad av "tause" rapporter. En annen viktig faktor er politiske føringer som tilsier at tiden som den ryggmargsskadde får være i spinalskadeavdelingen er redusert, og pasienten må lære seg mye egenomsorg relatert til handikappet på kortere tid.

Rehabiliteringssykepleieren spiller en viktig rolle i å hjelpe pasienten til aksept av en endret livssituasjon og til å motivere seg i arbeidet mot å skape en ny og annerledes hverdag med de utfordringer nedsatt bevegelighet og funksjon gir. Veiledning og opplæring i å kunne ta vare på seg selv som ryggmargsskadet person, er svært viktig for en positiv utvikling av pasientens rehabiliteringsprosess. I oppgaven her ønsker jeg å finne mer ut av taus kunnskap i omsorgsrelasjonen mellom pasient og sykepleier. Jeg undres på om den tause kunnskapen i rehabiliteringssykepleie som et produkt av sykepleierens interesse for pasientens rehabiliteringsprosess, og som fører til at hun benytter persepsjon, erfaringer og refleksjon for å skape ny kunnskap som er nyttig for denne pasienten.

### 1.3 Hensikt og problemstilling

Målet med studien er å analysere erfarne sykepleieres refleksjoner om rehabiliteringsprosessen til ryggmargsskadde pasienter ved tre utvalgte spinalavdelinger. Refleksjonene tar utgangspunkt i møter i daglig stell og omsorg i rehabilitering. Videre fokuseres ulike måter å belyse taus kunnskap på blant sykepleiere.

Forskningsspørsmål er:

*Hvilke refleksjoner har sykepleiere om rehabiliteringsprosessen til ryggmargsskadde pasienter og hvordan settes taus kunnskap i spill mellom pasient og sykepleier?*

Det er lett å se at mange sykepleiere sitter inne med høy faglig kompetanse som består av både teoretisk/intellektuell kunnskap og praktisk/taus kunnskap, og jeg ønsker å se om det er mulig å komme nærmere inn i dette og avdekke hva taus kunnskapsform i rehabiliteringssykepleie kan være. Sykepleierens evne til å ”se” at det skjer en forandring, en utvikling hos den enkelte er av avgjørende betydning og en sentral del av kompetansen de har. Hamran definerer dette fenomenet som flerkontekstuell kompetanse og som er i en stadig veksling mellom innsikt og oversikt over områder slik at kunnskap styrker muligheten for å fortolke situasjonen riktig. Benner beskriver eksperten som en som handler innsiktsfullt på bakgrunn av oversikt. Hun sier at ekspertsykepleieren har en helhetlig, men konkret oppfattelse av problemet (Krogstad& Foss, 1997). Det dreier seg om hverdagslige handlinger som knyttet til grunnleggende universelle behov, som når de utføres, må individualiseres.

## 1.4 Oppgavens oppbygning og avgrensning

Oppgaven er delt i 6 kapitler hvor kapittel 1 er innledning. Kapittel 2 er oppgavens teoridel. I kapittel 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7 redegjøres det for de sentrale begrepene rehabilitering, ryggmargsskade, sykepleierens roller i rehabiliteringssykepleie ut fra tidligere forskning og teori, og sykepleierens roller og funksjoner sett ut fra pasientens ståsted og sykepleierens ståsted. I kapittel 2.8 beskriver jeg det fenomenet som flere forfattere har drøftet som ”taus kunnskap”. I Kapittel 3 beskrives design og metodevalg for intervjuundersøkelsen. Funnene presenteres i kapittel 4. Kapittel 5 omfatter diskusjon. Avslutningsvis, i kapittel 6, skriver jeg konklusjon med oppsummering og anbefalinger for videre arbeid.

Oppgaven avgrenses ved at den knyttes til de tre spinalavdelingene vi har her til lands. Det kunne være interessant å gjøre en større nordisk undersøkelse. Det kunne også være interessant å gjøre en liknende studie på andre diagnosegrupper enn ryggmargsskadde pasienter, som for eksempel pasienter som lider av Parkinson sykdom eller Multippel sklerose, da disse lidelsene også rammer nervesystemet hos pasienten og gir varig funksjonsnedsettelse og dermed har berøringspunkter med ryggmargsskade, mens ryggmargsskade ofte skjer akutt og er mer dramatisk. Ved



---

ryggmargsskade er det ikke noen gradvis forverring, lammelsene kommer brått og uventet, pasienten har *blitt* rullestolbruker.

Spinalavdelingene er en del av spesialisthelsetjenesten underlagt et universitetssykehus fordi den ryggmargsskadde pasienten har et svært høyt spesialisert og intensivt behandlingsbehov av kortere varighet, før han kommer til rehabiliteringsavdelingen, og et nært samarbeid med nevrokirurgisk avdeling med intensiv/overvåkning er påkrevd i begynnelsen av rehabiliteringsoppholdet som defineres som primærrehabilitering.

Hjelpetilbudet styres av et politisk system, en administrativ forvaltning og fagutøvelse i tjenesten. Pasienten skal i hovedsak hjem etter *primæroppholdet*, som er førstegangsinnleggelse i spinalavdelingen, og nært samarbeid med hjemkommune er viktig for god og livslang oppfølging av pasienten, som lovfestet avtaler krever.

Sykepleieoppgaver innen ryggmargskaderehabilitering er også rettet mot hjemkommunen, og som er en viktig sykepleiefunksjon i henhold til målorienteringen under hele rehabiliteringsoppholdet. I oppgaven fokuseres det på sykepleiefaglig utøvelse under *primæroppholdet i spinalavdelingen*, for at oppgaven ikke skal bli for omfattende.

I masteroppgaven brukes rehabiliteringssykepleier, sykepleier, fagutøver om hverandre og omtales som hun. Ryggmargskadepasienten omtales som pasient og han, fordi ca.80 prosent av pasientene er menn. Dette varierer imidlertid fra år til år og er forskjellig fra sør til nord. Tall fra Nordisk Ryggmargsskade Register 2001 viser at andelen kvinner som ble ryggmargsskadd i helseregion Sør og Øst var 40%, mens den var -20% i Vest og 0% i Midt og Nord (Hjeltnes, 2004).

## 2. TEORETISK TILNÆRMING

### 2.1 Litteratursøk

Litteraturgjennomgangen sier noe om perspektiv, skaper en ramme for oppgaven og har betydning for argumentasjonen (Larsen, 2007). Litteratur er samlet gjennom de elektroniske databasene Cinahl, PubMed, Norart og +SveMed og ved søk i Bibsys, samt ved manuell leting ved Universitetsbiblioteket i Oslo og i Trondheim, manuell leting er også gjort ved å gjennomgå referanselister i artikler og bøker, og etter tips fra veileder, forelesere og med - studenter. Det finns rikelig med litteratur om sykepleie, rehabilitering, ryggmargsskade, og taus kunnskap. Søkeord i databasene har vært knyttet til de sentrale begrepene som beskrives i oppgaven. Sentrale begrep er: rehabilitering, ryggmargsskade, rehabiliteringsprosess, sykepleiepraksis, rehabiliteringssykepleie, taus kunnskap, pasientundervisning, motivasjon og holdninger, sykepleieroller, sykepleiefunksjoner De viktigste søkeordene har vært: spinal cord injury, rehabilitation process, rehabilitation nursing, tacit knowledge, patient education, nurse assessment, motivation, nurse attitudes, nurse role, nurse function, .

### 2.2 Rehabilitering

Definisjoner av rehabilitering i offentlige dokumenter som Stortingsmeldinger og NOU- er har endret seg betraktelig de siste 15 årene.

Stortingsmelding 21. ” Ansvar og meistring” :definerer rehabilitering som:

*”Tidsavgrensa, planlagde prosesser med klare mål og virkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin eigen innsats for å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet”* (Stortingsmelding, 21Ansvar og meistring:1998-1999).

Det som er nytt med denne definisjonen i forhold til tidligere, er at den vektlegger brukeren sin egen prosess og at helsepersonellet skal bidra med å yte assistanse til

brukeren sin prosess. Slik politikk bærer preg av at brukeren av tjenesten selv har ressurser som er relevante for å oppnå helse (Pasientrettighetsloven 1999 § 3-2). Denne ressursen spilles det på i forholdet mellom rehabiliteringssykepleier og pasient

Mens hovedfokus tidligere var å øke funksjonsevnen og selvstendigheten hos den enkelte, har omgivelsenes betydning og den enkeltes deltakelse i samfunnet fått større plass. Det finns flere forståelsesmodeller innenfor rehabilitering og den mest brukte i dag er den bio - psykososiale modell (Conradi & Rand Hendriksen, 2004) som innbefatter både den medisinske modell og den sosiale modell. ”Den bio - psykososiale modellen beskriver et menneske med sine ressurser og begrensninger, sine roller i sitt miljø og samfunn. Fokus er både på individet, på samfunnet og på relasjonene mellom individ og samfunn. Verktøyet er både å stimulere til endringer hos personen, endre samfunnets krav og endre holdninger og muligheter for relasjoner” (Conradi & Rand- Hendriksen 2004, s. 25). Målorienteringen er rettet mot at pasienten skal kunne leve og fungere i sine vante omgivelser etter rehabiliteringsoppholdet.

Det spesifikke med fagfeltet er at det favner en rekke ulike yrkesgrupper og sykepleieren arbeider i et tverrfaglig team med pasienten i fokus, der ergoterapeut, fysioterapeut og lege har sine klare roller. Sykepleiegruppen som har døgnbasert omsorgstilbud til pasienten, får kanskje en nærhet til den ryggmargsskadde pasienten med litt mer diffuse roller som jeg i neste avsnitt vil fokusere på, samtidig som jeg illustrere et relativt vanlig rehabiliteringsforløp.

## 2.3 Ryggmargskade

Vi vet ikke eksakt hvor mange ryggmargsskadde vi har i Norge i dag. Sunnaas Sykehus har stipulert antallet til 2 – 3000 personer ut fra utenlandske undersøkelser. Det oppgis tall fra 400 til 800 per million innbyggere per år, som skulle tilsi at det lever mellom 1800 og 3000 personer i Norge med varige funksjonstap som følge av ryggmargsskade. Om man bruker et innsidens tall på ca. 20 nye skader per million innbyggere per år, og antar en forventet levetid på gjennomsnittlig 30 år etter skaden, ville prevalensen være ca. 3000 i Norge. Men da personer med ryggmargsskade

tidligere ikke levde så lenge, og gjennomsnittsalder ved skade for nye traumatiske ryggmargsskadede personer har gått dramatisk opp de siste årene, er antallet sannsynligvis 2000 personer.( Hjeltnes, 2004, s.150).

Ryggmargsskade kan ses på som forskjellig fra mange andre rehabiliteringsdiagnoser, fordi ryggmargsskade inntreffer ofte svært uventet og traumatisk, med lang rehabiliteringstid i spinalskadeavdeling etterpå, og ofte er det unge folk som utsettes for dette (Nolan & Nolan, 1998).

Ved skade på ryggmargen kan ben og urinblære lammes, og pasienten får diagnosen paraplegi og lammes fra midjen og ned. Det innebærer at pasienten blir rullestolbruker og eliminasjon og seksualfunksjon fungerer ikke som før skaden. Skade på halsmargen gir dessuten lammelser i armene, og diagnosen defineres som tetraplegi eller quadriplagi, og får større konsekvenser for pasienten fordi lammelsene berører i tillegg lungefunksjonen, noe som kan bety at slimdannelse, nedsatt oksygenmetning (respiratorbruk) og dårlig hosterefleks oppstår (Höök, 1995). Ved komplett tetraplegi er innleggelsestiden stipulert til ca. et halvt år. Komplett tetraplegi betyr at lammelsene er varige, men pasienten kan likevel læres/trenes opp til begrenset funksjonsevne som vil ha nytteverdi for den ryggmargsskadede pasienten.

Med bakgrunn fra min egen erfaring som rehabiliteringssykepleier, vil jeg nå tegne et bilde av en nyskadet ryggmargsskade pasient som legges inn i spinalskadeavdelingen med høy nakkeskade, der jeg samtidig fokuserer på det jeg vurderer som pasientens behov i rehabiliteringsprosessen knyttet til omsorg og rehabiliteringsfilosofi.

Pasienten kommer fra nevrokirurgisk avdeling hvor brudd i nakken har blitt stabilisert og han bruker hals krage,(miamikrage) -eller han kan ha halo – vest, som betyr fiksert med fire skruer i skallen. Litt skjeldrende ankommer han med respirator som skal han skal avvennes fra på relativt kort sikt, ca. 2 – 3 måneder, alt etter skadeomfanget; eller han skal bruke pustemaskin bare på natten. Oksygenmetning måles jevnlig. Andre ganger puster han selv, men har fortsatt likevel nedsatt respirasjonsfunksjon og plages med slimdannelse, og han får hjelp til alt personlig stell: kateterisering, magetømming og har snu - regime hver andre time på grunn av

sengeleie. Han klarer ikke å løfte armer eller bevege seg på noen måte, som for eksempel løfte et vannglass eller tannbørsten. Før det har gått opp for pasienten hva som har skjedd, kan han virke rolig og nesten likegyldig til det som har skjedd.

Men etter hvert tilkommer mer engstelse, og han medisineres for smerter og feber. Matlysten kan være dårlig og han har smerter i hodet og nakkesmerter. Pasienter har fortalt at når de forsto at de bare kunne røre på hodet, føltes alt som bare kaos og at det var vanskelig å tenke, men at de likevel skjønnte at kroppen var lammet. I begynnelsen sier noen det hadde vært bedre om de hadde dødd, og flere har sagt at de fikk panikk da de forsto at de ikke kunne røre seg (Sydnes, 1993).

Den ryggmargsskadde pasienten må ”trekkes” inn i opplæringen om ryggmargsskade, men i starten mangler han ofte motivasjon og energi for å engasjere seg i det som skjer med og omkring han. Deltakelsen hans i rehabiliteringsprosessen er liten på grunn av fysisk og psykisk ubehag. Grunnen til at mange opplever ubehag, kan være at denne perioden er preget av usikkerhet fordi skadeomfanget er uavklart, og pasienten tenker og grubler på framtiden.

Han må stimuleres i første tiden for deltagelse og motivasjon i prosessen. Ofte har han et betydelig vekttap og trenger oppmuntring til å spise, og han kjemper følelsesmessig og trenger støtte. I de første ukene beveger pasienten seg mellom avhengighet og engasjerende utfordringer. Etter ca. en måneds tid, begynner de fleste å engasjere seg i å lære egenomsorgsaktiviteter og er villig til å trene, men han må understøttes på at han selv skal ta initiativ (Olinzock, 2004).

Ryggmargsskadde pasienter kan være urealistiske og trener med det for øye at de skal ”opp å gå”, andre forstår at de blir rullestolbrukere og tenker mye på hvordan de skal klare seg i framtiden med jobb og fritid, og kan virke selvopptatte for omgivelsene. Han trenger mye veiledning fordi den ryggmargsskadde pasienten har begrensninger i forhold til følelser av angst og lavt energinivå. Pasienten bruker forsvarsmekanismer fordi virkeligheten fortøner seg for vanskelig. Den ryggmargsskadde blir ofte forskrekket selv over hvor sint og irritert han kan bli over ting han vanligvis ikke hefter seg med (Sydnes, 1993).

Erfaringsmessig går det knapt to måneder før den ryggmargsskadde pasienten viser betydelig framgang med å ta ansvar og viser tegn på at han overtar selv ansvar for rehabiliteringen. Han er gjerne hyppigere ute av rommet sitt enn før. Han viser en mer positiv holdning og samarbeider mer og engasjerer seg i personalet og familiemedlemmer, samt venner. Rehabiliteringspersonalet ser også større tilpassningsevne og at han gjør mer for seg selv. Han oppfattes som roligere og i godt humør det begynner å bli lyspunkter i tilværelsen hans igjen, og han vil være initiativtaker i sin egen prosess. Betydningen av oppgaver og treningsøkter er blitt mye viktigere for han og han kan bli direkte opprørt hvis han går glipp av noe som står på timeplanen hans (Olinzock, 2004).

Håpet om å bli bedre er så absolutt tilstede, og den ryggmargsskadde pasienten tenker hele tiden på at han blir bedre; og ofte synes han å merke framgang, at han gjenvinner mer bevegelse eller følelse i bena. Tanken på at han gradvis blir bedre, selv om de kan være urealistiske, hjelper mot å holde vonde tanker på avstand om at han kommer til å bli rullestolbruker for alltid. Han forstår nå at det er urealistisk, men fornektning er forsvarsmekanisme som hjelper han til å ta inn over seg virkeligheten etter hvert som han mestrer den. Kautz (2008) kaller håp nøkkelen til å overleve, forsvarsmekanisme er en mestringsstrategi. Forsvarsmekanismer er normalt for alle mennesker å bruke når tilværelsen blir for vanskelig. Det følger med mange utfordringer for sykepleieren å møte pasienten når han bruker forsvarsmekanismer.

Han trenger sykepleierens tillit, og han har behov for å betro seg til henne og deler tanker med henne. Gradvis begynner han å se framover mot hjemreise og hjemmepermisjoner er foretatt for å finne ut hva som skal gjøres i forbindelse med å boligsituasjonen. Han trenger svært mye informasjon. Det kan også gjøres med å ha gjennomgang med hva og hvordan han kan planlegge dagene hjemme for å få utnyttet de best. Han har lært mye om hvordan han praktisk skal kunne gjøre noen ADL-funksjoner selv, men det er ikke sikkert at han bør avskrive hjelp fra hjemmesykepleier likevel. Han må tenke igjennom mange forhold hjemme, planlegge hva som er viktig å bruke tid på, for han rekker ikke alt som før. Kanskje tar dusjing alene for lang tid og for mye krefter, som heller kan brukes til skole eller arbeid. Han

---

må planlegge ut fra ny innsikt og ansvaret for opplevelse av livskvalitet hviler på han (Olinzonk, 2004).

Ryggmargskade griper inn i så store deler av livet til pasienten og intensjonen i kriseterapi er å understøtte pasientens egne ressurser og styrke selvbildet under rehabiliteringsprosessen. Forhåpentligvis er han igjen blitt den styrende parten og sykepleieren trekker seg gradvis ut. Avslutningsvis trenger han tilrettelegging for at han kan komme seg på kino, på fotballkamp, kafe og handleturer, det vil si aktivt ta opp det sosiale livet han hadde før. Dersom han vegrer seg for å dra ut om kveldene i utskrivningsfasen, kan være at han ikke vet helt om han kommer inn i kinolokalet, da trenger han noen med seg de første gangene, eller han kan være redd for eliminasjonsuhell. Noen pasienter kvier seg for å møte kjente når de sitter i rullestolen. Pasienter er ofte engstelig for å være til bry for andre og å bli sett på som et problem. Erfaringsmessig har vi lite uni - formell utforming av private boliger, så tilgangen kan være vanskelig både til venner og til offentlige steder. Pasienten trenger løsningsorientering for å finne ut måter som hindringene kan overkommes på.

Mange nye ting må læres og rehabiliteringsprosessen er vanskelig. Forskjellen fra før blir så stor. Pasienten var rask og kjekk til dagen ulykken inntraff, --han skulle bare..... opp i stigen, i glatt trapp, kjøre seg en tur, sykla som vanlig, var på ski med venner osv. Ulykken skjedde så uventa og fort og mange blir selvfølgelig veldig lei seg og noen sliter med mye angst, særlig i begynnelsen. De fatter ikke at de ikke kan gå mer....., men min erfaring er at de skjønner de det likevel, må bare ta det innover seg i eget tempo, og bruker ofte benektning som overlevelsesstrategi. Ved trafikkulykker er det ofte andre involverte, og noen ganger er det dødsulykke, der for eksempel kjæresten eller en annen venn døde.

Oppsummeringen: Rehabiliteringsprosessen krever observasjon og oversikt i planlegging helt fra starten av oppholdet for et godt resultat av rehabiliteringen. Pasienten skal ha muligheter for å lære på ethvert tidspunkt i rehabiliteringsforløpet. Det er også viktig å tenke på at han ikke skal være for mye alene, for da kommer vonde tanker som tapper for energi. Etter hvert som han begynner å tørre litt, trenger

han motivasjon for at han skal våge mer, for eksempel med forflytning med brett. Han trenger råd og veiledning om hvordan han kan prøve og øve på oppgaver i mange situasjoner for mestring. Gradvis tar han over styringen selv, men trenger like fullt rådgivende oppfølging. Selvsagt gjennomgår han ikke disse stadiene i en linær linje, og virkeligheten kan fortone seg annerledes med regresjon og utfordringer knyttet til flere faser i rehabilitering samtidig, men jeg har forsøkt å vise hvordan en ryggmargskadd pasient har det i spinalskadeavdelingen og hva en bør ta hensyn til underveis.

De fleste skadene er traumatiske med ulykkestilfeller og sport. Trafikkuhell (40-50%), men enkelte år har det vært like mange fallulykker. Stupeulykkene har det vært færre av enn tidligere, mens det også i Norge har det vært en økning som følge av vold (Hjeltnes, 2004).

Ryggmargskade kan også forekomme av ikke-traumatiske sykdommer i ryggmargen som blødninger, inflammasjoner, tumorer og nervesykdommer som for eksempel multippel sklerose, men de kan være følgetilstander utenfor ryggmargen av kompresjonstrykk av margen, på grunn av metastaser eller som følge av nedsatt blodsirkulasjon til ryggmargen (Höök, 1995).

## 2.4 Litteraturgjennomgang om sykepleierens rolle og funksjoner i en rehabiliteringsprosess sett fra pasientens ståsted.

Forskning viser at nyskadde pasienter føler seg hjelpeløse, energiløse og sårbare når de kommer til en spinalavdeling (Lucke, 1998). Lindsey, (2002) fant at den nyskadde pasienten kan oppleve hukommelsestap og pessimisme i forhold til framtiden og følelse av verdiløshet og maktesløshet. Pasienten kan bli forskrekket over hvor sint han er blitt. Overveldende følelser kan føre til at han føler seg svært trøtt. Pasienten trenger derfor rådgiving og sykepleieren har en viktig oppgave med å hjelpe pasienten med å mestre disse negative følelsene (Lindsey, 2002)

Rehabiliteringssykepleieren identifiseres av pasienten som den som har den daglige omsorgen for han. Hun er den første som den ryggmargsskadde pasienten kommer i



kontakt med av rehabiliteringsteamet når pasienten kommer inn i spinalskadeavdelingen, og sykepleieren er den av rehabiliteringsteamet som pasienten mener han får mest informasjon fra. Han har hørt om de andre yrkesgruppene før han blir kjent med dem (Nolan & Nolan, 1998).

Pellatt (2003) fant at pasientene oppfattet sykepleieren som "...a person (the patient) can talk to – a friend." (Pellatt, 2003, s.295) og at sykepleierens bidrag til pasienten har en sentral plass i rehabiliteringen, fordi sykepleietjenesten er til stede i 24- timer i døgnet, og fleksibilitet og fortrolighet med pasienten utvikles i nærhet (Pellatt, 2003).

En nyskadd tetraplegiker uttalte:

"The nurse is your main point of contact, she is the person that probably gets closer to you, takes more attention to your mental state and is the person I think that really knows what is going on with that particular patient and sees them a lot longer than others." (Waters(1986)i Pellatt, BJN, 2003vol 12, no 5. s295).

Annen forskning viser at sammenliknet med ergoterapi og fysioterapi, verdsettes ikke alltid sykepleie som *rehabilitering* av pasienter, men som emosjonell støtte og den som hjelper han med fysiske ting (Dalley and Sim, 2001). Dette kan virke rimelig fordi pasienten ser at sykepleieren deltar mye i pasientens hverdagsliv. Men forskning viser at pasienten kan også føle at sykepleieren har makt i samhandlingen med pasienten. Ikke alle sykepleiere er klar over sin maktposisjon i pasient – sykepleieforholdet (Malin and Teasdale, 1991).

Sykepleiere som har lært om krisefaser som er sjokk, reaksjonsfase, bearbeidelsesfase, og nyorienteringsfase kan forvente at disse fasene kommer til pasienten i denne rekkefølgen, men det er viktig å vite at det er nødvendigvis ikke slik (Kautz, 2008), pasienten kan oppleve håp om å gå igjen, selv om han forstår virkeligheten, håp er viktig for pasienten som motivasjonsfaktor. Ryggmargsskadede pasienter sier heller ikke at de kan gå nå, men de sier at "I will walk" (Kautz, 2008 s.152 ). Å tro på at ingenting er umulig, er en nøkkel til å overleve og pasientens ønsket er at sykepleieren forstår det. Pasienten skjønner at han ikke kan gå pr. i dag,

og muligens ikke senere (Kautz, 2008), men fornektning er en mestringsstrategi.

Akutt sykepleie og sengereing og rydding er det mange pasienter som definerer som sykepleie, men etter hvert skjønner mange pasientene at de sykepleierne som vurderer pasienten som god nok og gir han utfordringer og tid å øve selv, er de som er virkelig gode rehabiliteringssykepleiere (Johnson, 1995).

Funn oppsummert fra litteraturgjennomgangen om ryggmargsskadede pasienters syn på sykepleierroller, viser at pasienter ser på sykepleieren som den som tar hånd om det daglige i spinalskadeavdelingen. Hun tilbringer mye tid sammen med han og kommer nært innpå både fysiske forhold og det emosjonelle aspektet med rehabilitering av ryggmargsskade. Hun karakteriseres som en venn som pasienten kan snakke med, og forstås som en god rehabiliteringssykepleier når hun gir tid og tillit til utfordringer i hans rehabiliteringsprosess.

## 2.5 Litteraturgjennomgang om sykepleierens rolle og funksjoner i en rehabiliteringsprosess sett fra sykepleierens ståsted.

Pellatt (2003) fant at rehabiliteringssykepleierens roller og funksjoner handler om å fremme den ryggmargsskadede pasientens uavhengighet, gjøre rutineoppgaver og er den som har hånd om pasientens omsorg og rådgivning. I tillegg har sykepleieren funksjoner involvert i de organisatoriske anliggender i spinalskadeavdelingen (Pellat, 2003).

(Wolf, 2004; Whyatt&W, 2000; Linsey, 2002) hevder at politiske føringer bidrar til at innleggelsestid er blitt redusert. Det betyr at pasientene får kortere tid til å komme seg før de skal begynne å tenke framover og sykepleieren får kortere tid på seg til å motivere og bidra til progresjon i rehabiliterings.

Johnson (1995) hevder at en av sykepleierens roller, er å sørge for overgang fra akutt omsorgsfilosofi til rehabiliteringsfilosofi. Sykepleiere kan i denne sammenhengen føle ubehag med unndragelse fra omsorg, når de oppfordrer pasienten til å ta ansvaret

for seg selv i stedet for å gjøre tingene for han. Omsorgstilnærming til en akutt syk pasient er svært forskjellig fra den tilnærmingen en har til en rehabiliteringspasient. Akutt syke er ikke i stand til å ta vare på seg sjøl og intervensjoner og overvåkning er påkrevd, mens rehabiliteringsfokuset er å arbeide mot mål som er selvstendighet og mestring av egenomsorgshandlinger. Det vil alltid være trekkspenninger i feltet mellom bevegelsen fra akutt sykepleiefilosofi til rehabiliteringsfilosofi (Neal, 2001).

Sykepleiernes rolle omfatter å hjelpe den ryggmargsskadde pasienten med de tingene han ikke greier å utføre selv som å hjelpe til med blære - og tarm funksjon og vaske og kle på seg, - mens hun lærer han å mestre dem selv – hvis det lar seg gjøre. Sykepleierens vektlegging av egenomsorgsprinsipper og at pasienten skal delta aktivt i sin rehabiliteringsprosess, ses på av sykepleierne som en del av utøvelse av sykepleie (Keane et al. 1987). Sykepleieroller innebærer også emosjonell støtte til pasienten (Pellatt, 2003)

Forskning viser at sykepleiere omtaler seg som ”the bedrock of rehabilitation”. En sykepleier uttalte at: ”The nurse`role is the platform on which everything else is based, and if the platform is always there and it nearly always is, people tend to forget about it” (Pellatt, BJN, 2003vol 12, no 5. s295).

Noland & Nolan (1990) fant at sykepleieren er den som lærer pasienten å unngå å få trykksår og hun forklarer han betydningen av den medikamentelle behandlingen og gir veiledning om inkontinensutstyr.

Hill and Johnsen (1999) fant at pasienten lærer ferdigheter av fysioterapeuter eller ergoterapeuter, men det er sykepleieren som gjentar disse øvingene i sykepleiepraksis. De framholder også ut at sykepleierne mente at rolleoverlapping innen det tverrfaglige teamet ikke skjedde begge veier. Det blir forventet at sykepleierne skal utføre fysioterapi, mens fysioterapeuten kommer aldri inn på pasientrommet og tar et stell.

Nolan et al (1997) fant at rehabiliteringssykepleie får liten oppmerksomhet i sykepleieutdanningen og mangel på opplæring, og det sammen med diffuse

rolleforventninger kan skape usikkerhet blant sykepleierne. Det faktum at sykepleieren må arbeide skiftarbeid, kan også være en hemsko, fordi planleggingsmøtene foregår i regulær arbeidstid, fra mandag – fredag fra kl 08- til kl 15( Pellatt, 2003). Det vanskeliggjør planleggingsarbeidet hennes relatert til rehabiliteringsprosessen til pasienten.

Donald Kautz` forskningsmateriale viser at håp har innvirkning på motivasjon hos pasienten fordi håp bærer optimisme i seg (Kautz, 2008). Han fant at sykepleiere brukte mange strategier for å bevare håpet som motivasjonsfaktor. For å fremme motivasjon, fant han at sykepleiere inspirerer til håp om å bli bedre og få det bedre. Strategiene inkluderte å skape et miljø i primærrehabiliteringsperioden som er fylt av håp. Eksempler på slike strategier er å hjelpe den ryggmargskadde pasienten til å tåle kroniske neuropatiske smerter og håndtere negative følelser omkring skaden. Kautz fant at sykepleiere har strategier på å hjelpe pasienten til å tilgi seg selv og andre. Kautz fant og ut at sykepleiere brukte strategi som å understøtte pasientens forhold til personalet og familien og oppmuntre til intimitet med andre. Videre kan det være å hjelpe pasienten til å tro at han kan greie det han setter seg fore og bruke litteratur for å fremme håpet. Kautz fant at sykepleieren brukte humor, - humor brukt her og nå og for å opprettholde håpet i øyeblikket(Kautz, 2008). Mange sykepleiere benyttet humor terapeutisk for å styrke og opprettholdet selvbildet til pasienten (Pellatt, 2003).

Funn oppsummert fra litteraturgjennomgangen om rehabiliteringssykepleiernes syn på deres roller og funksjoner i spinalskadeavdeling, viser at sykepleierne mener de har mange basis roller i rehabilitering av ryggmargskadde pasienter, noe som kan gjøre rollene og funksjonene diffuse, og de har mange fysiske og rutinepregede oppgaver. Roller i rehabilitering kan tidvis relateres til kryssende behov hos pasienten, trekkspenninger i bevegelse mellom akutt omsorgsfilosofi og rehabiliteringsfilosofi kan gjøre situasjonen kompleks. Forskningen viste også at sykepleiere har lært lite i grunnutdanningen om rehabilitering, og kunnskapsbrist kan gi usikkerhet. Det er ikke lett å tolke og forholde seg til pasientens fornektning av tilstanden hans. Det er heller ikke lett å skjønne verdien av sitt eget arbeid når den ikke blir bekreftet av andre.

## 2.6 Andre studier av interesse grunnet likeheter med ryggmargsskade

Studier av interesse grunnet berøringspunkter med rehabilitering av ryggmargsskade, er studier av diabetespasienter (Zoffman, 2004) og av KOLS-pasienter, (Lomborg, 1998) som viser at paternalistisk tilnærming for å forvente at pasienten ”gjør som vi sier”, betegnet som ”compliance”, senker pasientinitiativet, mens autonomtilnærming styrker muligheter for og vilje til å ta ansvar for livet sitt. Zoffman er en av de som mener at samhandlingsmønstre mellom pasient og sykepleier kan vise samspill som ikke tar opp tema som er viktig for pasienten, selv om intensjonen er ønske om å få det til å fungere i pasientens liv. Forholdet oppleves heller ikke nødvendigvis som et gjensidig forhold for pasienten. Zoffmann lanserer en modell med guidet egenbeslutning basert på empowermentfilosofi. Det er en dynamisk problemløsningsmodell med kommunikasjon som vektlegger likeverd og personspesifikk kunnskap. Den favoriserer aktiv lytting, speiling, verdiklargjøring og med ”gjensvarmodeller” som for eksempel: ”Har du en følelse av at det går fremover?” Metoden er til for å trene opp samtalepartneren til å bruke teknikker som støtter samtalen. Intensjonen er å bidra til livsdyktighet hos pasienten. Metoden er brukt i rusomsorg og hos deprimerte. Begge kan være tilleggsdiagnoser til ryggmargsskade pasienter.

Zoffmann fant også at det kan være usynlige konflikter mellom pasient og personalet uten at de nødvendigvis er klar over det selv. Konflikten omhandler fokuseringen på sykdommen eller hvordan man skal leve med den. Studien viser at personalet er opptatt av prøvesvar og det som er sykdomsrelatert og *ikke fungerer normalt*, mens pasienten er mer opptatt av spørsmål om hvordan familien mestrer lidelsen og tanker om senkomplikasjoner i framtiden (Zoffmann, 2004).

Lomborg framholder at å kunne fungere kroppslig, ses på som et vesentlig element i det å være en handlende person med egne ønsker og motiver eller intensjon.

Utfordringen er å finne pleieformer i rehabiliteringen som eksponerer pasientens livsverdensperspektiv, der sykepleieren er oppmerksom på pasientens følelsesmessige

fenomener, og på den betydningen som pasienten selv tillegger situasjonen. (Lomborg, 2004).

## 2.7 Teoretisk forståelsesramme for rehabiliteringssykepleiers roller

Litteraturgjennomgangen min viste forskning om rehabilitering og sykepleieres roller sett ut fra pasientens ståsted og sykepleieres ståsted. I dette kapitlet vil jeg ved hjelp av teori og empiri gjøre rede for min forståelse av rehabilitering og sykepleierens roller og funksjoner, og taus kunnskap.

Rehabiliteringsprosessen fra ulykken til å bli klar for utskrivelse, betyr mange utfordringer for pasienten, men det innebærer også utfordringer for sykepleieren med rolle- og funksjonsendringer i takt med rehabiliteringsforløpet og pasientens bearbeidelsesprosess. Omsorgsfilosofien krever at sykepleieren forstår å finne og møte pasienten der han er i prosessen, slik at veiledning og forventninger kan skreddersys hans behov og målsetting. Nærhet og oppmerksomhet er total.

”Omsorgsrasjonalitet innebærer å følge regler for samhandling samtidig som gjøremål utføres. Det vil si at arbeidet må organiseres slik at man får ting gjort og at pasienten har det godt samtidig. Måten noe gjøres på er ikke likegyldig hvis det skal være etisk forsvarlig. Sykepleiepraksis stiller krav til både fag og moral. Den moralske bevissthet befinner seg på vurderingsplanet ellet refleksjonsplanet” (Hamran, 1987 s.68)

Kontaktsykepleier innehar en spesielt viktig funksjon med å være pasientens personlige veileder. Å være kontaktsykepleier innebærer å ha kontakt med hjemmesykepleien i hjemkommune og familie. Innad i avdelingen er hun bindeleddet for pasienten og arbeider med samkjøring av planer. Sykepleieren blir godt kjent med pasienten på grunn av ansvar for rapportskriving, hverdagslige handlinger og hjelp til langsiktig og kortsiktig målsetting.

Pasient og sykepleier blir godt kjent med hverandre fordi hun tilbringer mye tid sammen med han (Kautz, 2008).

---

### **2.7.1 Å være pasientens tillit verdig**

Pasienten er avhengig av sykepleierens tillit og i sykepleierollen etableres det et tillitsforhold som berettiger at sykepleieren handler på vegne av pasienten.

Sykepleieren må vise at hun er verdig pasientens tillit, at hun er interessert i og engasjert i å finne ut hva pasienten er best hjulpet med. Det er viktig at sykepleieren kan vise egen sårbarhet, oppriktighet og sensitivitet for å oppnå tilliten (Martinsen, 1989). Sykepleie er en inter - personlig prosess der det fokuseres på pasienten og det som angår han (Kim, 2000), og sykepleie er en humanistisk profesjon med fokus på det enkeltes verdi og verdighet (Martinsen, 1989) som må ivaretas under hele rehabiliteringsprosessen.

### **2.7.2 Optimisme gir motivasjon for rehabiliteringsprosess**

Sykepleierens rolle er å bevare håpet hos den ryggmargsskadde pasienten fordi i en vanskelig situasjon er håp viktig fordi det fører til at personen motiveres til handlinger ut av situasjonen. Den pasienten som ønsker og tror på en forbedring av funksjonsnivået og tilværelsen, er motivert for rehabilitering. ”Det som gjerne er forløpet til at en rehabiliteringsprosess kommer i gang, er erkjennelsen av mulighet og ønsker om en forandring i funksjonsnivået” (Conradi&Rand- Hendriksen, 2004 s.35). Det å ønske noe innebærer å ha et håp om noe, til en endring. Håp er også viktig som mestringsstrategi for å tåle virkeligheten.

### **2.7.3 Sympati kan lette lidelsen.**

Sykepleieren har mange handlingsmuligheter og alternative måter å løse oppgaver på og må være bevisst på hvordan hun virker på andre mennesker. En sykepleiefunksjon er å hjelpe pasienten, og engasjement og å bry seg er sentralt. Sympati kan formidles verbalt og nonverbalt gjennom holdninger og væremåter. Sykepleierens sympati kan i mange situasjoner hjelpe pasienten i å mestre situasjonen. Sympati er en holdning, en type tankegang og følelse som kommuniseres til pasienten. Det er en form for omsorg som uttrykkes gjennom den måten en omgås den andre på og utøver pleien på.

Sympati kan lette lidelsen til pasienten ved at han ikke må bære byrden av lidelsen alene (Kirkevold, 1998). Ikkekrenkende respons som øker pasientens kontroll og

fokuserer på det understøttende forholdet til pasienten og motiverer han til å lære det han må for å klare seg hjemme er viktig.

#### **2.7.4 Skjønner hvordan pasienten har det**

En nyskadd pasient har mange ting han skal lære på kort tid. Noen få måneder er til disposisjon, og det er derfor svært nødvendig å komme i gang med rehabilitering, men rehabilitering av ryggmargsskade har en todelt dimensjon. Skaden er fysisk, men den har så store fysiske konsekvenser at den innvirker som regel også psykisk (Bråthen et al, 2004). En viktig rolle er å finne tid for å implementere nye oppgaver som fremmer rehabiliteringsprosessen for pasienten, men det kan være vanskelig fordi pasienten veksler i stemningsleie og kan være frustrert og oppleve angst og følelse av hjelpeløshet, og da er læringsevne og konsentrasjon redusert (Travelbee, 1999). Observasjon og interesse for pasienten er sentral (Hamran, 1987).

Travelbee (1999) beskriver angst som en subjektiv erfaring som karakteriseres ved spenning, rastløshet og uro som utløses av reell fare eller redsel for fare som truer behovsoppfyllelsen. Angst er en ubehagelig opplevelse og personen utvikler forskjellige metoder for å redusere og mestre den. Angsten uttrykkes gjennom adferd. Adferdsuttrykkene varierer ut i fra hvor sterk angst den enkelte opplever og hvor effektive mestringsmekanismer vedkommende har. Etter hvert som angstnivået øker kan personligheten bli endret, og blir angsten sterk nok kan en psykotisk tilstand inntre. Angsten kan omfatte blant annet tachycardy, sterk svette, hyperventilering, skjelving, kvalme, irritabilitet og konsentrasjonsvansker. Angst påvirker oppfatningsevnen og læringsevnen. Sterk angst påvirker evnen til ”å ta inn” informasjon og gjøre korrekte realitetsvurderinger. Angst kan påvirke personens oppfatningsevne, tenkeevne, vurderingsevne og beslutningsevne. Angsten påvirker hele mennesket både fysisk, psykisk og åndelig (Travelbee, 1999).

Angsten utløses ved reelle eller innbilte farer. Når det gjelder rehabiliteringspasienten, kan slike farer være å miste sin fysiske integritet, miste andres kjærlighet, bli overlatt til seg selv og frykten. Noen frykter tapet av kontroll over sin egen kropp.



---

Erikson (2000) har sagt om hjelpeløshet at det kan utarte seg som:

- en følelse av å gi opp, håpløshet
- en forringelse av selvfølelsen
- en følelse av tap av glede, relasjoner og roller i livet
- en følelse av å få ødelagt kontinuitet mellom fortid nåtid og framtid
- en reaktivisering av minner om tidligere perioder hvor de har hatt følelse av å gi opp (Erikson, 2000).

Konsekvenser av disse følelsene kan nedsette motivasjon og forstyrrer muligheten for å lære og opplevd hjelpeløshet fører til emosjonelle forstyrrelser. Miller hevder at personen kan være immobilisert i forhold til å løse problemer (Miller, 2002). Andre observervare tegn på denne følelsen kan være mangel på krefter, pasienten føler seg krenket, rastløs og søvnløs og går til ”maktkamp” om tilsynelatende ubetydelige saker (Kautz, 2008). Sykepleierens rolle er å skjønne hvordan pasienten har det og hvilke konsekvenser den aktuelle dagsformen har, og hjelpe han ut av det.

### **2.7.5 Hjelp til å se framover**

Når livet har tatt en u-sving, opplever ofte den ryggmargsskadde pasienten tap av kontroll. Både tap av kontroll og lavt energinivå som følge av mye frustrasjoner, kan lindres med sympati og støttende holdninger fra sykepleieren (Kirkvold, 2001), som for eksempel å hjelpe pasienten til å ivareta nære relasjoner da frykten for å bli alene kan være truende (Miller, 2002). Sykepleierens rolle er å hjelpe pasienten i sorgprosessen mot en forsoning med forhold omkring ulykken, for å komme videre i rehabiliteringsprosessen

Forskning viser at de fleste ryggmargsskadde personer blir glad i livet sitt som handikappet. Imidlertid pekes det på at det er en viss reduksjon i opplevd livskvalitet (Schönherr et al, 2005). Lavere livskvalitet ble spesielt relatert til en utilfredsstillende jobbsituasjon etter ervervet ryggmargsskade og i forhold til fritidsaktiviteter.

Redusert deltakelse i arbeidslivet etter skaden, ble kompensert med hjemlige - og fritidsaktiviteter. Realistiske mål, ervervet ny kunnskap og innsikt fører til aktiv deltakelse for den ryggmargsskadde. Læring for å mestre den nye livssituasjonen er av avgjørende betydning for å kunne tilegne seg nødvendig kunnskaper og innsikt og derved kunne sette realistiske mål (MC Schönherr, 2005).

En ryggmargsskade er ikke en kronisk sykdom, men heller en forandret forståelse av fysisk mobilitet og funksjon (Ackerman et. al 2002). Et poeng er derfor å behandle handikapp som noe ”normalt”. Et av hovedprinsippene i en rehabiliteringsavdeling er, i følge Kautz (2008) å sørge for at dagligdagse rutiner opprettholdes og gjennomføres. Det vil si at pasienten kommer seg opp til rett tid og ikledd sine egne klær, slik at mest mulig i omgivelsene er så vanlige og normale som mulig.

#### **2.7.6 Sykepleierens rolle er å redusere maktesløshet og energitap**

Det er ”her og nå”, øyeblikkene som gjelder. Det aller viktigste aspektet for å hindre maktesløshet hos pasienten, er sykepleierens evne til å se og benytte de muligheter som er tilstede i den tiden som sykepleieren har å gjøre med pasienten, og som også kan benyttes terapeutisk for å fremme rehabiliteringsprosessen ( Kautz,2008).

Viktige fenomen i rehabiliteringen er pasientens egne langsiktige og kortsiktige målsetninger. Reflekterte og dyktige sykepleiere kan bidra til hjelp i målformuleringen og måloppnåelse i rehabiliteringsprosessen. Å sette mål sammen med pasienten er viktig sykepleiefunksjon i en rehabiliteringsprosess for å belyse at ting går framover og at det nytter å øve på oppgaver for å lære dem. Kortsiktige og langsiktige mål som personalet fokuserer og tror på, og anstrenger seg for at pasienten skal nå, og som han når, riktignok ofte med små skritt, er oppløftende å se for pasienten. Ukentlig dokumentasjon av pasientens progresjon relatert til spesifikke mål, å nå disse målene er viktig i en rehabiliteringsprosess (Kautz, 2008).

#### **2.7.7 Pasientens roller og verdighet og sykepleierens rolle omkring det**

Handikappet fører også til forandringer i roller i hjemmet for pasienten. Det som før var denne personens oppgaver der, kan nå være umulig for den ryggmargsskadde i

utføre på grunn av begrensningene i aktivitetsnivå. Sykepleierens rolle er å vise til alternative måter å gjøre ting på; gode samtaler som setter fantasien i sving hos pasienten er ofte fruktbare. Han er eksperten vedrørende det som angår han selv, men har likevel bruk for kunnskap om rehabilitering. Det samme vil også gjelde i jobbsammenheng og på fritiden. I rehabiliteringsprosessen er det viktig at pasientens verdighet og tidligere roller ivaretas best mulig og at prosessen blir den enkeltes egen rehabiliteringsprosess (Bredland, et al.1995).

Bredland, Linge og Vik, (2002) har i boken "Det handler om verdighet" gitt oss kunnskaper om viktigheten av å ivareta en persons verdighet i vanskelige situasjoner. Gunvor Lande,( 2003) beskriver eksistensielle spørsmål som noe mennesker blir opptatt av i sterkere grad ved omveltninger i livet. Sykepleierens rolle er å sørge for at verdighet og eksistensielle spørsmål er fenomen som det må tas særlig hensyn til for å oppnå god rehabiliteringsprosess. For å kunne imøtekomme slike krav til sykepleie, må sykepleieren bli kjent med pasientens forventninger om en god framtid. Miller (2002) hevder at eksistensielle spørsmål angår venne- og familierelasjoner, opplevelse av mening med livet og forventninger om muligheter og forbedret tilværelse. I Kim finner jeg det eksistensielle fenomen som er det som angår pasientens mestringsstrategier og selvbylde(Kim, 2002).

### **2.7.8 Pasientens identitet og selvbylde**

Mennesker skaper sin identitet og etablerer et selvbylde som blir dannet kontinuerlig i et samspill mellom mennesket og omgivelsene. Identiteten er påvirkelig og dermed sårbar. Gode erfaringer styrker identiteten, mens dårlige erfaringer svekker den. Identiteten er viktig for følelse av egenverd og selvrespekt, og er derfor alvorlig. (Krogstad & Foss 1992). Identiteten påvirkes av det som skjer med pasienten og det er energikrevende for den ryggmargsskadde å opprettholde et godt selvbylde. Sykepleieren har derfor en viktig rolle i å hjelpe pasienten til å beskytte hans identitet og bevare selvbyldet. En måte å gjøre det på, er at handikapp oppleves som "normalt" og sykepleierens forståelse for å ikke underestimere kraften som øyeblikkene de tilbringer sammen med pasientene gir, er vesentlig. Dette er med på å opprettholde

pasientens identitet, og sykepleieren rolle er å hjelpe pasienten til å uttrykke hvem han er (Carson et al. 2006).

### **2.7.10 Terapeutisk humor**

Mange sykepleiere benytter humor terapeutisk og bidrar derved til å styrke og opprettholdet selvbildet til pasienten (Pellatt, 2003). Latter har en sunn virkning på oss. Mange sykepleiere og pasienter har visst det lenge. Handikappede bruker humor for mestring og opprettholdelse av håpet. Sykepleieren kan bruke humor for å løse opp sinne, lette tristhet og forsikre pasienten om at han vil få den omsorgen som han behøver i øyeblikket. Det er særlig viktig i forhold til smerter. Humor og medfølelse går hånd i hånd i rehabilitering og pasientomsorg. Det er viktig at sykepleieren ser sin rolle som den som sprer glede og godt humør. Erfaringsmessig er sykepleieren i spinalskadeavdeling åpen for spontan humor og glede. Latter gir avslapning både til pasient og pleier, og øker muligheten for kommunikasjon og avkorter avstanden mellom folk (Smith, 2003 iKautz.2008).

### **2.7.10 Læring av ferdigheter relatert til ervervet ryggmargskade**

Sykepleieren i rehabilitering har opplæringsfunksjoner relatert til ryggmargskaden. Pasienten trenger mye ny kunnskap for å mestre sitt handikapp. For å imøtekomme behovet for opplæring, må en vite om motivasjonsfaktorer som påvirker læring av kunnskaper og ferdigheter (Skaalvik & Skaalvik, 2005). Hovedprinsipper i voksenopplæring - teori kan benyttes i denne sammenhengen; med sykepleier her som lærer, kontekst av ”timing” av læresituasjonen, er når pasienten er *klar* for informasjon og sykepleieren ser at pasienten er motivert. Kort sagt, det er når pasienten skjønner at han har bruk for å lære og situasjonen byr seg.

Voksenopplæringsprinsippet omhandler læring bygd på tidligere erfaringer (Hiim & Hippe, 2006). En bygger ny kunnskap på det som personen kjenner til og vet fra før. Det kan i denne sammenhengen dreie seg om hygiene, eliminasjon og ernæring relatert til det å være immobil. Som ryggmargsskadd er hverdagslige ting blitt mer komplisert enn tidligere når det gikk automatisk å dusje på få minutter, mens det nå kanskje tar tre kvarter. Sykepleierens rolle er å lære pasienten om ryggmargsskade på

måter som ivaretar pasientens selvoppfatning på også i slike situasjoner, eksempelvis dusjing og kateterisering.

Pedagogisk litteratur beskriver sammenhengen mellom selvbylde og læringsprosess (Skaalevik & Skaalevik, 2005), og er interessant i denne sammenheng, tror jeg, fordi læringsprosess inngår som en viktig del av rehabiliteringsprosessen. Litteraturen framholder at selvoppfatning virker inn på motivasjon for læring (Skaalevik & Skaalevik, 2005). Selvoppfatningen har mye med personens identitet å gjøre. Den gir svar på hvem en er. Selvoppfatningen er personens oppfatninger, vurderinger og forventninger, samt tro og viten om en selv (Skaalevik & Skaalevik, 2005).

Selvoppfatning blir en fellesbetegnelse på hva en mener om egne roller, egenskaper og muligheter. Alle mennesker har et helt grunnleggende behov for å kunne tenke positivt om seg selv. Selvoppfatning virker inn på motivasjon ved at vi ønsker å gjøre noe vi tror vi kan lykkes med. Vi unngår gjerne aktiviteter som innebærer risiko for nederlag. Fordi selvoppfatning og selvopplevelse knyttes så sterkt til følelser, virker selvoppfatning også sterkt inn på atferd, livskvalitet og helse. Selvoppfatning påvirkes av tidligere mestringserfaringer og andres eller egen tro om andres vurderinger (Skaalevik & Skaalevik, 2005). Rehabiliteringssykepleierens rolle er å se at pasienter er forskjellige, noen har med seg sterkere grad av mestringserfaring enn andre, og sykepleieren må ta hensyn til det.

De med sterk grad av mestringserfaring, har lettere for å be om hjelp og støtte, noe som igjen vil sannsynliggjøre bedre resultater. Sykepleierens rolle er å se personen som unik og vise respekt for pasientens særegenheter og aldri tilkjenne tegn til ironisering over noen. Enkelte pasienter, spesielt de med rusproblematikk som tilleggssdiagnose, kan være svært manipulerende. Sykepleieren som gjenkjenner dette fenomenet som er krevende å identifisere når det pågår (Nordhelle, 2009), lar seg ikke manipulere. Men pasienten har sine preferanser og han er som regel den som vet best hva som gagnar og motiverer han i en rehabiliteringsprosess. ”Fagpersonene er ikke nødvendigvis de som vet best og mest for den det gjelder. Behovet for kunnskap om rehabilitering blir ikke mindre av den grunn...” (Bråthen et.al, 2004 s.232).

Sykepleieutøvelse skjer ofte i komplekse situasjoner og sykepleieren har mange forskjellige roller samtidig. Omsorgsrelasjonen er en interpersonell prosess der det fokuseres på pasienten og det som angår han( Kim, 2002).

Som praktiker observerer jeg at det er mye usynlig, eller taus kunnskap skjult i det forskningsmaterialet og teorien jeg har referert til, men som ikke benevnes som taus kunnskap. Sykepleieren ”ser” at det skjer en forandring med pasienten, en utvikling hos den enkelte, som er en sentral del av sykepleiekompetansen. I prosjektet er jeg opptatt av å finne ut hva det er som erfarne og reflekterte sykepleiere fokuserer på i pasientens rehabiliteringsprosess og hvilke refleksjoner som ligger til grunn for handlingene deres.

Siden masteroppgaven her tar sikte på å avdekke refleksjoner om hvordan sykepleieren kommer fram til bidrag som fremmer aktiv og hensiktsmessig rehabiliteringsprosess, velger jeg å anlegge et teoretisk perspektiv på taus kunnskap i rehabiliteringssykepleie.

## 2.8. Teoretisk forståelsesramme om taus kunnskap

Flere forfattere har drøftet fenomenet som ofte blir referert til som taus kunnskap. Disse vil ha til dels overlappende og til dels forskjellig syn på hva taus kunnskap er og hvordan den kan og ikke kan artikuleres og ikke minst hvordan den kan eller ikke kan studeres. Jeg vil gjøre en gjennomgang av de mest sentrale forfatterne i dette kapittelet og vise ulike ståsted og velge ut min egen forståelse, slik at jeg kan referere til dette i de føringer mitt valg gir for min videre framgangsmåte for å ”løfte fram” det ”tilsynelatende” tause.

Taus kunnskap er et vidt begrep og er blitt beskrevet som erfaringskompetanse som gjør seg gjeldende i mange yrker (Schøn 1983, Polanyi 2000; Molander, 1996; Rolf, 1995; Schei, 1998, og Hamran, 1987). Eksempel på taus kunnskap kan være bil - mekanikeren som hører på motorlyden at noe er galt, og finner feilen raskt uten å kunne forklare med ord hva det var som gjorde at han skjønnte problemet og handlet ut fra det. Polanyi (1967) bruker eksempel med at vi kan gjenkjenne et ansikt blant

tusener uten å kunne forklare hvorfor vi gjør det. Han sier vi vet mer enn vi kan fortelle (Polanyi, 1967)

Jeg tror mange erfarne rehabiliteringssykepleiere sitter inne med høy faglig kompetanse, og at de har svært mye kunnskap, bevisst eller ubevisst for dem selv, og ”usynlig” for mange, om hva de bruker for å ”skyve” den ryggmargskadde pasienten framover i hans krevende prosess. Taus kunnskap er en kunnskapsform som finns i mange praksisyrker (Molander, 1995).

### **2.8.1 Michael Polanyi skapte begrepet taus kunnskap**

Michael Polanyi var den første som kom med begrepet taus kunnskap. Han ble født i Budapest ( 1891-1976), var lege, professor i kjemi og sosiale studier ved universitet i Manchester og Merton Collage i Oxford. Han disputerte med en ny absorpsjonsteori i 1916 som hadde gitt han en opplevelse av en ny sammenheng i utvikling av kunnskap. Han tok utgangspunkt i gestaltpsykologien som hevder at helheten er mer enn summen av enkeltdelene. I boken hans ”Den tause dimensjonen”, er fenomenet taus kunnskap en sanseoppfatning som oppfatter helheten i situasjonen, det er persepsjonen som gjør seg gjeldende for å sette deler sammen til helhet og kunnskapen eies som personlig kunnskap. Den tause dimensjonen er den utløsende reaksjonen eller utløsende faktor som gir taus kunnskap. Persepsjonen ses som prosess i betydningen av å sette deler sammen til å oppfatte helheten. Begrepet persepsjon er et av nøkkelbegrepene i teorier om taus kunnskap. Tidligere uaktuell kunnskap kan bli aktuell i bestemte situasjoner. Nye elementer blir deler av den kunnskapen vi har fra før. Taus kunnskap kan oppfattes som tidligere uaktuell kunnskap som kan integreres ved reorganisering av kunnskapsbasen. Den er skjult, men gir innsikt og gjør dette til sannhet. Denne sannhetens enkeltdeler behøver ikke å være bevisst for personen. Taus kunnskap blir integrert i personligheten til den som eier denne tause kunnskapen. (Polanyi, Michael 1967; 2 4-5) .

Polanyi beskrev betydningen av tradisjonell praksisopplæring. Det faktum at vi vet mer enn vi klart kan artikulere, fører til at vi kan konkludere med at mye kunnskap erverves implisitt, for eksempel via praksislæring; det kan være ved observasjon av

en læremester og under veiledning av en læremester. Han har utviklet et begrep om en funksjonell struktur som ligger til grunn for all kunnskap både teoretisk og praktisk kunnskap og omhandler hvordan vi tilegner oss kunnskap av begge typer. Den tause kunnskapens struktur viser at all tenkning inneholder deler som vi registrerer gjennom det vi fokuserer på i tenkningen vår. Oppmerksomheten går fra noe til noe annet. Gjennom kjennskap og forventningsfullt utfall kan en handle slik at en unngår det ubehagelige (Polyani, 1967).

### **2.8.2 Donald Schön beskriver refleksjon over og i praksissituasjoner**

Donald Schön (1931- 1997) var født i Boston i USA. Han var filosof og opptatt av kunnskapsformer. Han var spesielt opptatt av situasjonen som praktikeren står i. Han mente alle situasjoner er unike og opplevelsen er individuell opplevelse av situasjonen. Schön beskrev to former for refleksjon. Refleksjon over handlingen og refleksjon i handlingen. Begrepet refleksjon uttrykkes som ettertanke, overveielse og bedømming og gjenspeiling, og betraktninger, - en bruker energi ved å tenke over noe. I refleksjonen vil kunnskapen gjøres bevisst for personen (Schön, 1983). Det må omhandle noe vi har erfart tidligere. Refleksjon over handling er når aktiviteten kommer først og en reflekterer over den, move- up. Refleksjon i handlingen, move-down omtaler Schön som at refleksjonen kommer før eller samtidig som aktiviteten skjer. Schön var ikke bare opptatt av kunnskapen som produkt, men også prosessen bak. Refleksjon er en prosess. Levende kunnskap er oftest en del av en større sammenheng av spørsmål og svar, oppgaver og utfordringer. Refleksjon og erfaring er komponenter i en læringsprosess. Forhold som fremmer refleksjon (Seibert (1999) i Reidun Dyhr- Nielsen, 2004) er autonomi (selvstyre), feedback, samarbeid med andre, press og tid til å tenke alene.

Schön pekte på konsentrasjonen i handlingen og at det vesentlige var å lære seg å lære. Når vi passerer grensen for det kjente, oppstår behovet for å eksperimentere og improvisere. For å kunne være reflektert i handling, må man være oppmerksom. I enhver handling ligger noe som er kjent. Schön sier at den kyndige praktikeren er konsentrert om oppgaven, er oppmerksom og har et overblikk som gjør at en holder



---

flere mulige alternativer åpne for handling. Praktikeren har en intuisjon og fortrolighet i situasjonen

### **2.8.3 Bengt Molander beskriver kunnskapen som lever i praktisk kunnskapsform**

Bengt Molander er professor i filosofi ved universitetet i Trondheim. Han har rettet forskningen sin mot praktisk og taus kunnskapstradisjon. Praktisk kunnskapstradisjon er forankret i virksomheten. For å utvikle kunnskap og refleksjon brukes basiskunnskapen som en har fra før. Vi lærer gjennom refleksjon, veiledning og øvelse. Molander framholder at kunnskap vokser med samhandling og i dialog.

Molander understreker menneskelig *nærvær og oppmerksomhet* som en viktig del av denne formen for kompetanse; den levende kunnskapen som aktiveres i praktisk, daglig handling og samhandling. Han sier vi er avhengig av andre for å tenke kritisk. Molander sier at den levende praktiske kunnskapen er ikke et mentalt og intellektuelt speilbilde av virkeligheten og tro på formler og modeller. Man kan lære seg teori uten å forstå den. Men for at man skal forstå dens teori som kunnskap, må man forstå spørsmålene som teorien skal gi svar på. Det innebærer at man må *vite en del om hvordan begrep, spørsmål og svar anvendes i virksomheten*. Kunnskap som formidles er taus, da den bygger på forståelse av spørsmål og fortrolighet med feltet, – men man kan aldri lese seg til det. Likevel er ikke kunnskapen taus, sier han, fordi kunnskapen er forbundet med en fortrolighet med hvordan man håndterer spørsmål og svar og hvordan man omgås med spørsmål og oppgaver til virksomheten. Språket er derfor viktig fordi spørsmål og svar er viktig i alle praktiske kunnskapsområder. Men kunnskapen er taus fordi den ikke kan artikuleres selv om språket er en viktig del for å nå den (Molander 1995)

Kunnskapen som lever i virksomheten er stadig i forandring og kan forbedres. Med fokus på erfarne yrkesutøvere, kan man finne visse nøkler som viser en enhetlig kjerne i kunnskapen i handlingen. Mennesker som *kan se, lytte og kjenne ulike sider* ved sin virksomhet og som *oppholder seg sammen med dem*, er mennesker som kan selv gå videre, *lære mer* innenfor rammen av virksomheten de tilhører (Molander 1995).

Molander sier at *den oppmerksomme* vil fortsette å lære seg, er deltakende med sin oppmerksomhet, sine spørsmål og sin erfaringskompetanse slik at virksomheten blir bedre. Denne kyndigheten påvirker avdelingskulturen i handling og dialog. Molander sier at slik forbedring fører til en helhet som består av

- spesielle ferdigheter, oppmerksomhet
- overgripende forståelse av ferdigheter og hva det fører til
- ledetråder og strategier for forbedring av kunnskaper, inklusive hva bedre og det beste er for menneskene

Molander sier også at kunnskap og etikk kan aldri skilles i den praktiske kunnskapstradisjonen.

#### **2.8.4 Torunn Hamran beskriver taus kunnskap basert på observasjon og nærhet**

Torunn Hamran er professor i sosiologi/sykepleie. Hun framholder at den viktigste praktiske undervisningen man kan gi en sykepleier, er å lære henne hva hun skal iaktta, hvordan hun skal iaktta, hvilke symptomer som fører til forbedring, hvilke som fører til det motsatte. Sykepleieren skal lære å iaktta symptomer som er viktige, og hvilke som er uviktige, hvilke som viser forsømmelse i pleie og hva slags forsømmelse den viser (Hamran, 1987). Hun lanserte begrepet flerkontekstuell kompetanse som sier at den kyndige praktikerer har både overblikk og innsikt. Sykepleierens oppgave er å legge til rette for naturens egen forbedringsprosess for pasienten har mål og driv i seg (Hamran, 1987). Sykepleie blir å sørge for at pasienten blir best mulig *mottakelig* for det som understøtter hans egne mestringsstrategier. Hun må ha nødvendige egenskaper som vekker tillit hos pasienten. Disse er respekt, sympati, vennlighet og makt. Makt for nødvendige gjennomslag underveis der hun er pasientens ”advokat”. (Hamran, 1987). Denne kunnskapen kan vi kun få ved observasjoner. Det er observasjon og erfaring som kan lære oss å bevare helse eller å få de syke til å komme seg. Taus kunnskap i sykepleie får en gjennom erfaring over tid, men ikke bare erfaring. Det må ligge en interesse

bak for sykepleie som gjør at sykepleieren reflekterer over en hendelse og hva som førte til heldig eller uheldig handlingsvalg (Hamran, 1987).

Profesjonell sykepleie er å forstå de menneskelige reaksjonene som framkommer på grunn av sykdom og går utover de fysiologiske behovene (Hamran, 1987). Florence Nightingale sa at god sykepleie er fremkommet av refleksjon over yrkesutøverens egne erfaringer. (Nightingale i Hamran, 1987).

Ut fra disse forfatterne trekker jeg frem den forståelsen av taus kunnskap som jeg velger å legge til grunn for denne oppgaven.

### **2.8.5 Min forståelse av hvorfor taus kunnskap er viktig.**

”We know more than we can tell” (Michael Polanyi 1967s.4)

Kunnskapsutviklingen er basert på fagutøverens tidligere erfaring, noe som gjenkjennes og bygges videre på i nye sammenhenger. På en måte blir den noe inni hodet til bare den ene fagutøveren, den blir personlig, eller som Kirkvold, (2001) uttrykker det, kunnskapen blir integrert i personligheten, - en egenskap hos fagutøveren Andre fagutøvere som er i liknende situasjoner og opplever noe av det samme, kan reflektere sammen med om aktuelle pasientsituasjoner, og ha en dialog som begge forstår og som kan føre til ny kunnskapsutvikling. Det innebærer at man må vite en del om hvordan begrep, spørsmål og svar anvendes i virksomheten. Bruk av språk for å forstå kunnskapen, er et nødvendig hjelpemiddel for å forstå, men kunnskapen er taus for den går det ikke an å artikulere (Molander, 1995). Molander sier at *den oppmerksomme* vil fortsette å lære seg, er deltakende med sin oppmerksomhet, sine spørsmål og sin erfaringskompetanse slik at virksomheten blir bedre. Denne kyndigheten påvirker avdelingskulturen i handling og dialog. Molander sier at slik forbedring fører til en helhet som består av spesielle ferdigheter, oppmerksomhet, overgripende forståelse av ferdigheter og hva det fører til, og ledetråder og strategier for forbedring av kunnskaper.

Taus kunnskap bygges opp lagvis og gir en kompetanse som kan synes skjult, men som i situasjoner viser at den er til stede. Polanyis sentrale poeng er at læring skjer

med utgangspunkt i noe vi allerede har lært og som vi ikke vet at vi kan, inntil vi trenger kunnskapen. Hos han er den tause dimensjonen den utløsende faktor for at vi skal skjønne mer og dermed utvikle kunnskap. Det er persepsjonen som gir informasjon og overveielser, og som gjør seg gjeldende i å sette delene sammen til en helhet og gir innsikt. Det vi visste fra før, uten å bruke de, kan bli aktuell kunnskap i denne situasjonen fordi vi har en kunnskapsbase som tas i bruk. Vi tar kunnskap fra noe til noe. All form for læring og utvikling hviler på erfaringsbasert kunnskap. Taus kunnskap kan også erverves ved å iaktta en ekspertsykepleier i handling med pasienten eller i samtale med pasienten (Hamran, 1987).

Ingen situasjoner er like og alle oppleves individuelt, Schøn (1983) hevder at bevisstgjøring av kunnskapen gjøres i refleksjon og denne er avhengig av personens dømmekraft. Han er opptatt av prosessen bak kunnskapsproduktet. Refleksjon og erfaring er komponenter i en læringsprosess. Schøn pekte på konsentrasjonen i handlingen og at det vesentlige var å lære seg å lære, som også Molander gjør, og for å være reflektert i en handling, må man være oppmerksom og konsentrert i situasjonen.

Taus kunnskap er til stede og viktig i praktiske yrker. Den er viktig fordi den er forankret i konkrete problemer som virksomheten er satt til å løse.

”Kunnskapsutvikling, kunnskapsintegrering og praktisk bruk av kunnskap skjer gjennom kollektive læringsprosesser i virksomheten gjennom en kontinuerlig dialog mellom taus og eksplisitt kunnskap. Taus kunnskap er viktig fordi den er et verktøy vi bruker for å håndtere et fenomen”. (Morten Eikeland). I hverdagen omtaler vi den som intuisjon og magefølelse. Taus kunnskap er viktig for å oppnå gode resultater, den baseres på at vi tenker gjennom våre handlingsvalg, hvorfor vi gjør det vi gjør og har derfor muligheter til å lære bedre praksis, eller forandre eksisterende praksis (Kirkvold, 2001).

I rehabiliteringssykepleie er taus kunnskap av avgjørende betydning fordi pasientens framgang i rehabiliteringsprosessen er avhengig av omsorg som leder til motivasjon i rehabilitering. Omsorg er en sykepleiekompetanse som hviler på teori og empiri om sykepleie. Erfaringsbasert kunnskap er noe oppmerksomme sykepleierne får ved å

observere pasienten i spesifikke situasjoner og relatere til erindringer om hendelser de har erfart tidligere. Refleksjoner i og over hendelser gir gode resultater fordi riktig handlingsstrategi ut fra tidligere erfaringer i liknende situasjoner. Dette på grunn av at de allerede har en kunnskapsbase som kan være bevisst eller ubevisst, men ved refleksjon og/eller gjenkjennelse kan det skje en ny kunnskapsutvikling som pasienten kan dra nytte av i denne aktuelle situasjonen. Uaktuell kunnskap kan aktualiseres. Det kan defineres som ”kvalifisert gjetning”, der er mange grunner til at rehabiliteringssykepleieren tenker og handler som hun gjør i en komplisert og ofte ustabil og sammensatt hverdag og gode resultater i rehabiliteringsprosessen hos pasienten er avhengig av både teoretisk og taus kunnskapsform hos sykepleieren, tror jeg.

## 3.DESIGN OG METODE

Dette kapittelet handler om valg av metode, beskrivelse av materialet og hvordan det ble innsamlet, bearbeidet og analysert. Jeg gjør også rede for prosessen og for refleksjoner og vurderinger som er gjort underveis.

### 3.1 Metodevalg

Formålet med dette mastergradsarbeidet er å gjøre rede for problemstillinger, valg, vurderinger og konsekvenser knyttet til sykepleieres refleksjoner rundt styrking av pasientens egne mål og driv i en rehabiliteringsprosess gjennom formidling av informasjon som gir innsikt i og kraft til å leve med ryggmargsskade.

Primært ønsket jeg å utforske erfarne sykepleieres refleksjoner knyttet til rehabiliteringsprosessen hos ryggmargsskadede pasienter. For å komme dit, ville jeg for det første utforske hvilke refleksjoner gjør disse sykepleierne seg om rehabilitering; dernest refleksjoner om sykepleierens roller og funksjoner i rehabiliteringsprosessen og når og på hvilken måte mener de det er hensiktsmessig å lansere nye kunnskaper til pasienten.

For det andre, hvilke erfaringsbasert taus kunnskap har rehabiliteringssykepleier som er blitt personlig over tid og kan defineres som ervervede egenskaper hos sykepleieren, og som har betydning for pasientens rehabiliteringsprosess. Hamran betegnet nødvendige egenskaper i sykepleie å for å være oppmerksom, samt respekt, sympati, vennlighet og makt. Kirkvold framholder sympati som viktig egenskap for å kunne lindre smerte. Molander beskrev egenskaper som det oppmerksomme mennesket som evner å se, lytte og å lære seg for å gjenkjenne fenomen av betydning i virksomheten og som Schøn, lære seg å lære- . Han sier den kyndige praktikeren er konsentrert om oppgaven, er oppmerksom i situasjonen og har et overblikk som gjør at en holder flere alternativer åpne for handling. Schøn sier at for å være reflektert i handling må man være oppmerksom.

---

Fokus er på dyktige rehabiliteringssykepleieres egne refleksjoner om betydningen av taus kunnskap i rehabiliteringsprosessen til ryggmargsskadde pasienten, og hvordan den spilles ut mellom pasient og sykepleier.

Interesse er for muligheter for verbalisering av taus kunnskap og om taus kunnskap kan læres bort. Jeg ønsket å ha et praksisnært fokus og at resultatene av arbeidet kunne være nyttig for klinikerne på ryggmargskadefeltet ved presentasjon av funnene i spinalavdelingen når arbeidet er fullført.

Metodevalget er å gjøre semistrukturerte intervju med erfarne rehabiliteringssykepleiere. Intensjonen min var at en ved hjelp av intervjuene skulle lykkes i å få tak i den tause kunnskapen som respondentene satt inne med og vise hvordan taus kunnskap brukes som i dialog eller handling.

Idet jeg ønsket å få en fyldig beskrivelse som kan gi grunnlag for innsikt i respondentens erfaringer, har jeg benyttet et kvalitativt design med individuelle intervjuer. Det semi - strukturerte intervjuformatet gir mulighet for å spørre mer og oppklare meninger i det som blir sagt (Kvale, 2001). Målet med studien er å få en dypere forståelse av sykepleierens kunnskaper knyttet til rehabilitering og hvordan denne kunnskapen spilles ut. Da dette kan være kunnskaper som tidligere er lite verbalt formulerte ble det benyttet intervjuer der respondentene stimuleres til sammen med forskeren å reflektere over grunnleggende og ervervede egenskaper som styrker rehabiliteringen og øker motivasjon og samarbeid med pasienten.

## 3.2 Gjennomføring av studien

### 3.3 Planlegging og forberedelse

Undersøkelsen ble gjort ved de tre ryggmargskadeavdelingene i landet. Det ble søkt om tillatelse fra institusjonene og forespørsel til sykepleielederne om utvelgelsen av 4 erfarne rehabiliteringssykepleiere fra sine avdelinger til undersøkelsen (1.Vedlegg). Lederne ble også bedt om å levere ut en konvolutt med ferdig frankert svarbrev (2.Vedlegg) som inneholdt samtykkebevis og informasjon om undersøkelsen.

Samtlige respondenter mottok skriftlig informasjon (3.Vedlegg) om anonymitet og mulighet for å trekke seg når som helst fra undersøkelsen uten å måtte oppgi grunn. I Norge er pasientgrunnlaget for rehabilitering av pasienter med ryggmargsskade lite, Oslo har 34 senger, Bergen og Trondheim 10 hver, så undersøkelsen kan regnes som landsdekkende undersøkelse, selv om den riktignok er beskjeden.

### 3.4 Utvalg og utvalgsriterier

Kravet til respondentene er at de skal ha kjennskap til det fenomenet som utforskes og at de skal kunne tale om fenomenet (Fagermoen, 2005). I denne oppgaven blir det å gjenkjenne erfaringsbasert kunnskap relatert til rehabiliteringsprosessen til ryggmargsskadede pasienter, fordi kunnskapen er taus. Det er valgt sykepleiere som har yrkeserfaring med ryggmargsskadede pasienter fordi en ønsket innblikk i deres ”usynlige” kunnskaper som de benytter bevisst eller ubevisst i daglig stell av denne pasientgruppen. Sykepleierne defineres av lederne sine som reflekterte sykepleiere. I utgangspunktet sa alle spurte informanter seg villig til å delta, men to respondenter ønsket på et senere tidspunkt ikke å delta på grunn av sykdom. Respondentene var kvinner med 5-10 års erfaring fra ryggmargsskadeavdeling, alder mellom 33 og 52 år. I alt 10 intervju ble nyttet i analysen. 1 intervju utgår på grunn av feil med båndopptaker.

### 3.5 Datainnsamling

Datainnsamling ble gjort ved hjelp av intervju med en semi- strukturert intervjuguide. 10 sykepleiere som arbeider med rehabilitering av ryggmargsskadede pasienter ble intervjuet. Intervjuene ble foretatt av meg og på det stedet det passet best for respondenten. Det kunne være i avlukket rom i spinalavdelingen, på et egnet utested i Bergen, på sykehuset og det ble også foretatt intervju telefonisk av praktiske årsaker som for eksempel at respondenten hadde tid bare om kvelden og var hjemme med små barn. Jeg er selv i jobb som sykepleier i spinalskadeavdeling og det kunne være vanskelig å reise på tidspunkter som passet for både respondent og intervjuer i en travel hverdag.



Jeg benyttet en semi – strukturert intervju guide som med tre hovedtemaer, som var refleksjoner om rehabilitering av ryggmargsskadde pasienter, refleksjoner om sykepleierens roller i rehabilitering av ryggmargsskadde pasienter, og refleksjoner om taus kunnskap knyttet til rehabilitering. Essensen i temaene var de samme og i tråd med problemstillingen som var: Hvilke refleksjoner har sykepleiere om rehabiliteringsprosessen til ryggmargsskadde pasienter og hvordan settes denne kunnskapen i spill mellom pasient og sykepleier. Jeg ville prøve å avdekke taus kunnskap som fremmet rehabiliteringsprosessen hos ryggmargsskadde og hvis mulig verbalisere den.

Jeg inviterte til intervju om spørsmålsstilling som omhandlet hva de trodde kjennetegnet en god rehabiliteringssykepleier og hvorfor det. Samtalen kom lettere på gli fordi det var lett samtaleemne for respondentene. Taus kunnskap er ikke lett å samtale om, men. hensikten var å finne ut hva taus kunnskap er i rehabilitering av ryggmargsskadde pasienter og hvordan den ble brukt av sykepleierne i klinikken

Intensjonen var å ta opp alle intervjuene på bånd. Jeg var ikke vant med å bruke båndopptaker og det oppstod derfor uforutsette feil under opptak. Jeg valgte å ikke benytte dette intervjuet i undersøkelsen. Notater ble også gjort under intervjuene.

### 3.6 Analyse

Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at datamaterialet organiseres, fortolkes og sammenfattes. Den mest kompliserte delen ved fortolkning av kvalitative data er analysearbeidet. Materialet må gjøres tilgjengelig og forberedes for analyse, og data må komprimeres for å bli synliggjort (Malterud, 2003).

Intervjuene ble tolket ut fra en hermeneutisk meningsfortolkning ved tre nivåer, selvforståelse, allmenn forståelse og teoretisk forståelse (Kvale, 2005). All analyse har foregått manuelt, og ingen dataprogram for kvalitativ analyse har vært benyttet. I denne oppgaven er innholdsanalyse brukt som bearbeiding av materialet.

Tolkning i selvforståelsesnivå: På selvforståelsesnivået forsøker tolkeren å sammenfatte respondentens egne oppfatninger. Tolkningen er mer eller mindre

begrenset til respondentens selvforståelse slik tolkeren forstår den (Kvale, 2005). Analysemetoden starter med en gjennomlesning av de transkriberte intervjuene for å få et helhetsinntrykk av forskningsmaterialet og en generell forståelse av hva intervjuene handler om. Deretter leste jeg mange ganger gjennom de transkriberte intervjuene for å finne gjennomgående begreper og strukturer som kunne reduseres til meningsfortetning som fortolkes, i følge (Kvale, 2005). Ved å lese igjennom de transkriberte intervjuene mange ganger, forstår en meningen med intervjuene, slik respondentene hadde formidlet den (Kvale, 2005). (Fagermoen), 2005 sier at ved innholdsanalyse er tolkningen mer rettet mot å forstå, enn å forklare. Ulike aspekter ved et fenomen avdekkes, men en er bare et skritt på veien mot forståelse, og nye studier kan komme til å bekrefte eller avkrefte denne forståelsen (Fagermoen, 2005)

Det foreligger alltid en fare for å styre data ut fra egen forforståelse. På dette nivået var det derfor viktig å lese materialet så åpent og fordomsfritt som mulig og være bevisst på at intervjuguiden ikke skulle styre analysen, da den er utviklet på bakgrunn av den teoretiske forforståelsen. I følge Malterud gjaldt det å se etter sentrale trekk ved intervjuene (Malterud, 2003).

All tekst i intervjuene var ikke av betydning for problemstillingen min og det var nødvendig å ta ut tekstområder som syntes relevante i forhold til problemstillingen min. Datareduksjon er en hjelp til å organisere og forenkle materialet til meningsenheter (Kvale, 2005).

#### Tolkning i allmenn forståelsenivå:

Kritisk forståelse er basert på sunn fornuft. Tolkningen går her lengre enn å omformulere respondentens selvforståelse, men holder seg innenfor det som er allmenn fornuftig tolkning. Tolkning på dette nivået krever ingen særlig teoretisk viten. Det er å stille seg kritisk til det som blir sagt, reflektere over det som ikke blir sagt og knytte egne kommentarer til funnene, hører til denne forståelsesrammen (Kvale, 2005).

Ved tolkning av samla datamateriale, gjøres analysearbeidet av alle intervjuene i forhold til teori og problemstillingen min som er:

*”Hvilke refleksjoner har sykepleiere om rehabiliteringsprosessen til ryggmargsskadde pasienter, og hvordan settes taus kunnskap i spill mellom pasient og sykepleier?”*

Tolkning i teoretisk forståelsesnivå: Den teoretiske tolkningen innebærer en analyse i forhold til det teoretiske rammeverket som er valgt i oppgaven (Kvale, 2004).

Funnene tolkes i forhold til teorier som er beskrevet i studiens teoretiske del, og har som mål å løfte analysen forbi selvforståelse og kritisk, allmenn forståelse. De viktigste temaene blir bundet sammen til overordnede temaer. I teoretisk forståelsesnivå drøftes ikke intervjuene hver for seg som de ble gjort på de to andre nivåene, men funnene slik de framstår etter analysen på de to førte nivåene som analyseres i lys av et teoretisk rammeverk. Det er glidende overganger mellom fasene i tolkningen. I løpet av analyseprosessen leste jeg flere ganger gjennom de transkriberte intervjuene. Analysen ble derfor en prosess mellom rådata, tekst og tema (Malterud, 2003).

Tema for teoretisk tolkningsforståelse er persepsjon i oppmerksomheten av den ryggmargsskadde pasienten og nærhet og konsentrasjonen i situasjonen relatert til empiri.

Ved de første lesningene forsøkte en å legge forforståelsen til side for å trekke den inn igjen i den teoretiske diskusjonen. Videre ble svarene kategorisert ut fra det som viste seg og tolket ut fra meningen. Det ble så satt opp mot andre studier og teori. (Kvale).

### 3.6 Validitet

Validitet er vurdering av om studien undersøker det som var hensikten, og validitet må vektlegges i alle trinn i forskningsprosessen (Kvale, 2004). Det vil si å stille kritiske spørsmål i alle trinn i forskningsprosessen og beskrive hva som gjøres for å motvirke selektiv forståelse og skjev tolkning. Å kontrollere vil si at forskeren viser hvilke vurderinger som er gjort gjennom forskningsprosessen og har et kritisk syn på

sine egne tolkninger (Malterud, 2001). Begrepene relevans, reliabilitet og generaliserbarhet anvendes for å vurdere gyldighet.

### 3.7 Relevans

Malterud hevder at det må stilles spørsmål til relevans i en studie (Malterud, 2003). Dette innebærer at en skal stille seg kritisk til om problemstilling, teoretisk referanseramme, respondenter, datainnsamling, analysen, tolkningen og formidlingen av funn er relevante.

Min forståelse av sykepleiekunnskaper i rehabilitering av ryggmargsskadde er preget av at jeg har utdanning og erfaring som sykepleier og leder. Det har gitt interesse for temaet og har virket inn på valg av problemstilling. Valideringen knyttet til datasamlingen relaterer til om intervjuene gir gyldig kunnskap for å svare på problemstillingen.

Forskeren er alltid påvirket av sin egen forforståelse. Den består av den utdanning og erfaring, og den teoretiske referanserammen som er valgt (Malterud, 2003).

Ryggmargsskadeavdeling er en kontekst som jeg kjenner godt. Det kan bety at jeg ikke ser selvfølgeligheter. Det kan også bety at min forforståelse ble dominerende, men jeg forsto respondentene godt. Malterud sier at faren da kan være at egne antagelser bekreftes framfor at ny kunnskap produseres. Ved å stille ledende spørsmål, eller være forutinntatt i forhold til de svarene som gis, hindres respondenten i å formidle sitt budskap. Intervjuer prøvde å ha en lyttende og åpen holdning for å se nye perspektiv. (Malterud 2003).

I funnene har jeg brukt sitater for å synliggjøre det empiriske materialet. Jo flere ganger materialet ble bearbeidet, jo klarere ble det hvilke funn som burde løftes fram.

### 3.8 Generaliserbarhet

Generaliserbarhet dreier seg om overføringsverdi. Hvis funnene i stor grad er gjenkjennbare når de leses av rehabiliteringssykepleiere som har erfaring med temaet, kan en si at data er generaliserbare i kvalitativ forstand. (Malterud, 2003)

### 3.9 Etiske overveielser

Helsinkideklarasjonen gir forskningsetiske retningslinjer.

Registrering av data, anonymitet og ivaretagelse av frivillighet ivaretas etter gjeldende retningslinjer og regler. Respondentene skal være informert om hensikt med undersøkelsen og at intervju med båndopptaker ville bli brukt.

Sykepleierne som deltok i studien fikk skriftlig informasjon om studien samt samtykkeskjema for frivillig aksept av deltagelse. Det ble informert om at respondenten når som helst kunne trekke seg og om retten til anonymitet. Det ble lagt vekt på at samtalene under datainnsamlingen ble ført på en slik måte og innen en ramme hvor respondenten ble ivaretatt på en god måte.

I arbeidet med ryggmargsskadde pasienter vil det være etiske dilemmaer. Etikk handler om den grunnleggende måten å forholde seg til virkeligheten, oss selv, våre medmennesker og samfunnet. Det har med våre tanker, vurderinger og handlinger å gjøre (Alvsvåg, 1997).

## 4 PRESENTASJON AV FUNN

Dette kapittelet inneholder analyse av funn. Analysearbeidet er basert på en induktiv tilnærming der en forsøker å se etter mønstre i datamaterialet som beskriver respondentenes refleksjoner om rehabilitering og sykepleieroller i rehabilitering, og hvilke refleksjoner de har gjort over deres erfaringer med bidrag til pasientens rehabiliteringsprosess. Data er samlet fra et utvalg av intervju på bakgrunn av en semi-strukturert intervjuguide. Utgangspunktet var min interesse for den tilsynelatende ”usynlige” kunnskapen som erfarne og reflekterte sykepleiere synes å ha relatert til rehabiliteringsprosessen hos ryggmargsskadde pasienter og ”løfte” den fram. Det var spennende å se på sykepleierens mangfold av roller i løpet av prosessen. Data er samlet fra intervju med 10 sykepleiere som har god kjennskap til feltet.

Funnene presenteres under to overordna temaer som er: rehabiliteringssykepleiernes refleksjoner om rehabiliteringsprosess, og rehabiliteringssykepleiernes refleksjoner om roller og funksjoner i spinalskadeavdelingen relatert til empiri. Det er ikke tette skott mellom temaene, men jeg framstiller funnene slik for å klargjøre forskjellige aspekter for leseren. For å belyse og synliggjøre funn har jeg brukt sitater. Der flere ord i setningen er utelatt merkes teksten med ..... Utfyllende presiseringer er satt i parentes.

### 4.1 Sykepleiernes refleksjoner om rehabiliteringsprosessen

Denne delen av kapittelet knyttes til det området i forskningsspørsmålet som er sykepleierens refleksjoner om rehabilitering av ryggmargsskadde pasienter der pasienten gjennomgår en rehabiliteringsprosess fra å ha vært en akutt syk person, til å bli en aktiv, men handikappet person.

#### **4.1.2 Oppmerksomhet rettet mot rehabilitering av den ryggmargsskadde pasienten**

Respondentene uttrykte at rehabilitering av ryggmargsskadde pasienter vil si at oppmerksomheten rettes mot pasientens ervervelse av kunnskap som gir innsikt i hva det vil si å leve med ryggmargsskade, og læring i mestring av handikappet.

#### **4.1.3 Rehabilitering betyr målorientering**

Respondentene hevdet at målorientering er svært viktig i rehabilitering. Det fokuseres på den ryggmargsskaddes målsettinger og rehabiliteringsteamets oppgaver består av å understøtte pasientens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet (jfr.St. meld. 21). Respondentene poengterte at målorientering er viktig for pasienten skal ha mål å arbeide etter under hele rehabiliteringsprosessen. Respondentene mente at målsetting bidrar til å kunne se at det går framover i prosessen, og den gir den ryggmargsskadde oversikt og håp for framtiden.

#### **4.1.4 Rehabilitering skjer ved hjelp av kommunikasjon**

En av respondentene sa at det er viktig med ”riktig” kommunikasjon når sykepleieren ordlegger seg om målformuleringen; sykepleierne må tenke over kommunikasjonen sin, slik at samtalen har fokus på pasientens mål, og relatere målsetting til både kortsiktige mål i prosessen og langsiktige mål som angår hjemmesituasjonen.

#### **4.1.5 Rehabilitering betyr ansvar og mestring**

Respondentene mente at pasienten har selv ressurser som er relevante for å oppnå helse, og denne ressursen må det spilles på i forholdet mellom rehabiliteringssykepleier og pasient for god rehabilitering.

Flere av rehabiliteringssykepleierne sa at *”Pasienten har mye med seg når kan kommer til avdelingen. Det gjelder å bli kjent med det som er viktig og verdifullt for han”* (og bygge videre på det i læring om ryggmargsskade). Sykepleierne sa de observerte at pasientene er forskjellige som personer, og takler derfor tilstanden ut fra det de har fra før av livserfaring, styrke og modenhet. Respondentene mente at pasientene kjenner egne grenser best og må forholde seg til dem, men at alle pasienter

med nylig ervervet ryggmargsskade trenger kunnskaper om ryggmargsskade og rehabilitering.

## 4.2 Sykepleiernes refleksjoner om sine roller i rehabilitering

Respondentene mente at sykepleieren har mange roller og funksjoner relatert til rehabilitering i ryggmargsskade, og at det er svært mye som den ryggmargsskadde pasienten kan lære på den tiden han har til rådighet i spinalavdelingen.

### 4.2.1 Roller relatert til pasientens håp

Håp og tro på framtida er viktig for ryggmargsskadde pasienter.

Rehabiliteringssykepleierne framholdt at deres funksjon er å sørge for at pasienten bevarer håpet på framtiden uten å komme med klisjeer. Sykepleierne var opptatte av å ikke love mer enn de kunne holde i forhold til framtidsutsikter.

En av sykepleierne sa at:

*”pasienten er ute etter å fiske hva vi trur og mener om hans prognose, han vil finne ut hva vi alle trur. Det er viktig at man er ærlig og oppriktig, en kan si at pr. i dag er det ingen som kan si noe konkret om hvor mye førlighet som vil kunne gjenvinnes. Man kan ikke si at dette kommer til å gå så bra, svarene våre må være mer nøytrale. Det er viktig å være ærlig og oppriktig hele tida, uten å love det vi ikke kan holde, men pasienten må få lov til å bevare håpet”.*

### 4.2.2 Sykepleiernes refleksjoner relatert til følelser

Alle respondentene mente at de satt inne med kompetanse som kunne gi den ryggmargsskadde pasienten innsikt som fører til mestring av den nye tilværelsen hans. Respondentene sa at foruten fagkunnskaper og empiri om ryggmargsskade, benyttes kunnskaper erfart fra egen hverdag for å imøtekomme komplekse situasjoner og problemstillinger som rehabilitering har. Respondentene sa at det var like viktig å ha god kjennskap til de følelsesmessige og psykiske reaksjoner som er vanlig for en



nyskadet ryggmargsskade pasient, som til den fysiske skaden, fordi følelser og tanker står i nært samspill med hverandre. Respondentene mente at sykepleieren hadde en viktig rolle med å bygge opp en pasient- sykepleierrelasjon basert på tillit og sympati, respekt og autonomi, som ga positivt selvbilde. Positivt selvbilde er viktig i læringsprosessen om rehabilitering og for å styrke pasientens følelse av optimisme og motivasjon til å se framover.

#### **4.2.3 Refleksjoner om konsentrasjon i situasjonen**

Respondentene hevdet at det gjaldt å være observant for de situasjoner som bød seg som gode veiledningssituasjoner for pasienten. De er situasjonsavhengige, kommer an på pasienten og sykepleieren som skal informere eller veilede. Gode veiledningssituasjoner bød seg når pasienten erkjenner muligheter og ønsker forandring i funksjonsnivået sitt og sykepleieren oppfatter det i situasjonen. Sykepleierne sa de ” *bare vet det, fordi jeg har sett andre ryggmargsskade pasienter reagere likens før* ”. Eksempelvis at de ser at pasienten følger mer med, stiller spørsmål og lignende, viser interesse for å lære mer hos pasienten. Sykepleieren gjenkjenner noe i konteksten og griper fatt i muligheten i situasjonen. Sykepleierne sa at selv om folk er forskjellige, er der likevel mange likhetstrekk mellom folk, som sykepleierne kan relatere denne konteksten til, og dermed vet de svaret.

En av respondentene sa: ” *Jeg ser etter interesse, om han følger med, blir mer aktiv selv. Det er mange ting som er nytt og vanskelig. Jeg ser på blikket, holdninger, om han følger med det som jeg holder på med inne hos han, om han spør og da benytter jeg situasjonen til å forklare* ”.

#### **4.2.4 Sykepleiernes refleksjoner relatert til roller omkring daglige gjøremål**

Rehabiliteringssykepleierne hevdet at de er de som har hånd om pasientens daglige omsorg med rutineoppgaver omkring hygiene, ernæring og eliminasjon og organisatoriske oppgaver i spinalavdelingen. Sykepleierne sa de klargjør pasienten for fysioterapi og ergoterapi eller overlapper deres roller. Sykepleierne mente at deres

oppgaver er tidkrevende og at hun i stellesituasjoner blir godt kjent med pasienten og har muligheter for å observere han fordi hun kommer nær pasienten.

#### **4.2.5 Refleksjoner om sykepleierens rolle relatert til pasientens roller**

Respondentene uttrykte at det er viktig å hjelpe den ryggmargsskadde pasienten med å tydeliggjøre hans roller i forhold til familie og arbeid/skole. En måte å gjøre det på, er å unngå å se på handikapp som noe unormalt, men fokusere på at han er den samme mannen som før ulykken, selv om han nå sitter i rullestol og funksjonene kan fortone seg i annerledes form. Det er viktig å ivareta samme roller som før; men at rollene kan utføres på en ny måte og/eller ved hjelp av andre.

#### **4.2.6 Problematiske å samtale om taus kunnskap**

Respondentene mente det var problematisk med samtale om taus kunnskap, men at de skjønner at det finns en taus kunnskap selv om den ikke er lett å forklare.

Respondentene sa at fordi de selv har lang livserfaring, og at de har erfaring med tidligere ryggmargsskadde pasienter, skjønnte de at de med stor sannsynlighet kunne velge riktige strategier ved hjelp av det hadde erfart tidligere. Flere sa at de brukte ”hele seg” som person for å finne gode løsninger. Erfaring hadde gjort de tryggere som menneske og på valgene de tok relatert til rehabilitering..

#### **4.2.7 Taus kunnskap som redskap for motivasjon**

En av respondentene fortalte om en pasient som hadde fått urinretensjon og som ikke ville starte med selvkateterisering til tross for at han kunne hatt stort utbytte av det. Han sov dårlig om natta og brukte mye sovemedisin fordi han måtte late vannet ofte og han fikk ikke den gode søvnen som han trengte. Erfaringsmessig visste sykepleieren at for å klare å motivere han til intermitterende kateterisering, måtte hun starte på kveld, fordi: *”Pasienten vil se praktisk nytteverdi av det vi vil de skal gjøre. Vi må vente på en anledning”* Hun ventet på en anledning, snakket med han om fordelene ved å kunne sove godt, hva det ville si for dagsformen og mindre bruk av sovemedisin. Resonnementet viste seg også å være riktig:

Sykepleieren fortalte at: ” - jeg visste det— -derfor var det lurt å tilpasse det til kveld først. Så vi fant ut at om kvelden kunne han prøve kateterisering. Han gikk med på det etter mye om og menn. Så jeg visste at det gikk mye bedre, men jeg måtte finne noe som er nyttig for han”.

#### **4.2.8 Refleksjoner om informasjon og oppgaver til pasienten**

Respondentene sa at de visste at det var viktig med riktig mengde oppgaver og informasjon, og å tilpasse dette med de andre yrkesgruppene i teamet. Passe på at det ikke blir for mye informasjon på en gang, eller at pasienten skal øve på for mange ting samtidig. Dette er erfaringsbasert taus kunnskap og en av respondentene sa:

*”blir det for mange ting på en gang å forholde seg til, så går det lett i lås for han”*

Dette var noe hun hadde sett og erfart fra tidligere pasienter, og hun ville derfor å unngå å overbelaste denne pasienten. Rehabiliteringssykepleierne sa de kan oppleve situasjonen som en balansekunst, og omsorgen er avhengig av sykepleierens kunnskaper, både de teoretiske og den tause kunnskapen.

Sykepleierne mente at det beste tidspunktet for innlæring av nye ting er når pasienten ser og skjønner at han har bruk for å kunne det. Kontekst av timing er når pasienten kjenner at han har bruk for å lære og situasjonen byr seg.

Sykepleierne sa også at det kunne være under diskusjoner med pasienten om nytteverdien av å kunne ting selv at pasienten ble inspirert til læring.

*”Han må se nytteverdien av det. For eksempel er forberedelser til hjemmepermisjon en ypperlig anledning til å motivere han for trening på egenomsorgsaktiviteter”.*

#### **4.2.9 Refleksjoner om betydning av og anvendelse av humor**

En sa at humor er kjempeviktig *”for å ta brodden av vanskelige ting”*. Mange mente at humor er en måte til å komme nærmere inn på pasienten og det løser opp i fastlåste situasjoner.

#### **4.2.10 Refleksjoner om hvorfor pasienten er glemsk**

Respondentene sa de observerte at pasienten glemmer informasjon som er gitt, men de ser at han merker seg noe av det som blir fortalt og siler ut etter hvor mye han greier å ta innover seg på det aktuelle tidspunktet. De skjønner at det har med opplevelse av fortvilelse og hjelpeløshet å gjøre og de prøver derfor å finne måter som gir følelse av kontroll på noe, da kontroll på noe kan føre til kontroll på mer. Sykepleierne sier at de ved å observere pasienten skjønner hvordan han har det og handler ut fra det i læringssituasjoner.

#### **4.2.11 Refleksjoner om kompleksiteten med selvbylde og innlæring av nye ting**

Sykepleierne sier at noen pasienter nok forstår konsekvensen mer enn de gir uttrykk for av det som har skjedd, men at de må forholde seg til den litt etter litt, etter hva de greier å ta inn uten at det blir for voldsomt. En sykepleier fortalte at det var ikke alltid at pasientene reagerte som forventet i følge kriseteorier. Tid er viktig, for det kan være godt for pasienten å ha noen som er tilstede, eller tilgjengelig, hvis han har lyst til å snakke om følelser og tilstand.

Oftest er det kontaktsykepleier som treffer han på vakta, og det kan oppleves verdifullt for den ryggmargsskadde å ha møte med henne da hun kjenner han godt. Ved å sette av tid, eller si at denne dagen er det hun som er hans sykepleier, kan også gi han følelse av å være betydningsfull.

En av sykepleierne sa:

*”Jeg begynte alltid seinvaktene på å gå rundt til alle sammen. Vi var 2 stykker på vakt og jeg gjorde avtaler- sa hei her er jeg hvordan er din plan? Det er vanlig høflighet. Vi hadde stort sett avtaler, de skulle trene på det og det på ettermiddagen”.*

Det å gi pasienten oversikt over når hun hadde satt av tid til å være sammen med han i løpet av den ettermiddagen og også når han hadde fri til å gjøre andre ting, slik kunne han planlegge sin fritid hensiktsmessig, er å vise respekt for pasienten. Han visste også at da kom hun inn på rommet hans, hun var der bare for henne og da kunne han eventuelt spørre og snakke med henne hvis han ønsket oppklaring av informasjon eller de kunne bare være sammen. Non – verbal kommunikasjon kan

fortelle vel så mye om pasienten som samtale. Man kan se på bilder som pårørende har tatt med sammen for at pasienten kan uttrykke hvem han er og hvilke interesser han har. Sykepleieren kunne også benytte tiden til kartlegging av emosjonell og fysisk status for å finne ut timingen for lansering av ny kunnskapsformidling. Hun brukte også tiden til kontrollering av ferdigheter, om han hadde forstått det han skulle.

En sykepleier sa at *”jeg kontrollerer lister, om han har skjønt det jeg forklarte. Jeg konfronterer han hvis det ikke er gjort”*

Sykepleieren gir informasjon ut fra pasientens ressurser og behov. De sa de ble godt kjent med pasienten og fant hensiktsmessige læringsøyeblikk ut fra det og den aktuelle situasjonen. I begynnelsen av rehabiliteringstiden var informasjonen mer formell. Sykepleieren visste av erfaring at all læring er situasjonsbetinget og hvis han er nyskadet og hun skal introdusere nye ting, kan hun bruke formell informasjon:

*”noen gjør det slik og slik, mens for andre kan det være lurt å gjøre det på en litt annen måte.”*

Hun snakker ikke alltid som om at det gjelder akkurat han, men holder en mer generell innledning om hvordan ting kan gjøres. Dette for at det ikke skal bli for voldsomt for han. Dette er taus kunnskap basert på erfaring.

En sykepleier sa at *”unge gutter liker ikke å snakke om at de er lei seg”*. Hun hadde erfart at unge gutter samtaler lettere om ting de har på hjertet når en gjør ting sammen med dem. Det kunne være håndterapi, øve håndfunksjon med spill og liknende. Hun brukte det som motivasjon for rehabiliteringsprosessen.

#### **4.2.12 Sykepleiernes refleksjoner om pasientens skyldfølelse**

Støttene holdning omfatter det følelsesmessige aspektet. Taus kunnskap er til svært stor nytte relatert til følelser. Ryggmargsskadede pasienter sliter ofte med skyldfølelser relatert til skaden og det kan være godt å ha noen som forstår. Tunge tanker kan være relatert til visshet om handikappets påvirkning på hjemmesituasjonen. Det kan

omhandle par -forhold, roller i forhold til andre familiemedlemmer som foreldre eller barn, og barnebarn.

En sykepleier sa:

*” tenk bare på en småbarnsmor som har mannen sin her... ho får ikke hjelp til de mange små ting i hverdagen.....Hele familien blir rammet ved en ryggmargsskade”*

En sykepleier mente at en kan komme med råd og tips til løsninger. Noen ganger kan det å gi pasienten bekreftelse på at hun forstår pasienten, være til mer hjelp. Å få en ryggmargsskade vil ofte være et sjokk for pasienten. De aller fleste opplever tap av kontroll, sorg over at de ikke kan bevege seg som før og usikkerhet i forhold til framtiden. Å sørge for at pasienten får hjelp til kontroll på noe, medfører oftest kontroll på flere ting.

#### 4.3 Oppsummering av funn

Selv om mange rehabiliteringssykepleiere satt inne med betydelige mengder taus kunnskap, var det problematisk for dem å verbalisere kunnskapen. De utvalgte sykepleierne brukte illustrerende eksempler som kunne belyse denne kunnskapen og viste at de daglig brukte taus kunnskap. Et funn er at non verbal nærhet til pasienten beskrives som svært viktig for å gjøre seg kjent med pasientens preferanser og interesseområder som brukes for å styrke selvbilde og mestring hos pasienten. Sykepleierne brukte persepsjon. av pasienten for å finne ut når han/hun er klar for å bevege seg videre i rehabiliteringsprosessen. Autonom tilnærming i kommunikasjon mellom pasient og sykepleier styrket pasientens vilje til å ta ansvar for egenomsorg. Funn viste og at håp er viktig for pasienten, fordi håp har optimisme i seg og sykepleiernes tause kunnskap om håpets kraft, var en motivasjonsfaktor som hjalp pasienten til å se framover. Observasjon av pasienten gjorde at sykepleierne skjønte hvor mye den enkelte pasienten kunne ”ta inn” av informasjon og trene, og unngikk derfor at pasienten ble overlesset med treningsoppgaver og informasjon. Taus kunnskap bidro også til at sykepleierne visste hvordan kontroll kunne gjenvinnes for den ryggmargsskadde pasienten.

---

## 5. DISKUSJON

Studiens hensikt var å få dypere forståelse av sykepleierens refleksjoner relatert til rehabiliteringsprosessen hos ryggmargsskadede pasienter. Data er samlet via intervju med sykepleiere med arbeidsområde fra tre spinalskadeavdelinger. Kvalitativ innholdsanalyse ble brukt for å analysere data. I diskusjonen drøftes sentrale funn i lys av tidligere undersøkelser og teoretisk forståelsesramme. Diskusjonen struktureres etter temaene ”sykepleiernes refleksjoner om taus kunnskap i rehabilitering” og ”sykepleiernes refleksjoner om sine roller i rehabiliteringsprosessen til ryggmargsskadede pasienter”. Temaene knyttes til funn fra intervju med sykepleierne.

Interessen min lå i å forsøke å avdekke ”usynlig” kunnskap som er skjult hos den enkelte erfarne og dyktige rehabiliteringssykepleieren og som de benytter i fagutøvelsen sin. Taus kunnskap er implisitt kunnskap ervervet over tid og har etter hvert blir en del av personligheten til fagutøveren (Molander, 1995).

### 5.1 Sykepleiernes refleksjoner om taus kunnskap i rehabilitering

Sykepleierne erkjenner at det er problematisk å tale om taus kunnskap, men at de skjønner at den finns selv om den ikke er lett å forklare. Det er lettere å forstå hva det er, enn å forklare det. Sykepleierne sa de vet at de selv bruker den daglig.

Rehabiliteringssykepleierne mente at på grunn av livserfaring og at de hadde erfaring med tidligere ryggmargsskadede pasienter, kunne de trekke riktige beslutninger fordi de hadde gjort seg mange refleksjoner over erfaringene før. Flere sa at de brukte ”hele seg” for å finne gode løsninger, noe som viser engasjement og interesse for pasienten og kan sees i forhold til det som Molander beskriver at nøkler som leder oss til kunnskap, er oppmerksomhet og nærvær, som leder videre og inngår i et fortsatt lærende. (Molander, 1995). Persepsjon av pasienten gjorde at de mente de skjønte ut fra konteksten og egne erfaringer hvilke handlingsvalg som understøtter pasienten i rehabiliteringsprosessen hans.

Taus kunnskap gir ikke noen oppskrift på riktige handlingsvalg, men sykepleierne relaterte det de hadde lært før, til denne situasjonen ved hjelp av det de observerte nå, og brukte det i denne sammenhengen, de sa de ”har sett det før”. De brukte kunnskapsbasen de hadde fra før og utviklet ny kunnskap som de kunne bruke i denne sammenhengen. De kom fram til ny kunnskap ved hjelp av å iaktta, observere pasienten og relaterte det de så til tidligere erfaringer som lignet denne situasjonen og de kom fram til anvendbar kunnskap Dette stemmer overens med teori om taus kunnskap som kan identifiseres som implisitt kunnskap som er ervervet gjennom informasjon og antakelser en får gjennom persepsjon. Overveielser og ettertanke i eller over en handling fører til at en skjønner helheten i situasjonen og det skjer en kompetanseheving. Nye elementer blir en del av kunnskapen vi har fra før. Taus kunnskap er skjult, men gir innsikt, som hos (Polanyi, 1967). Det er også i samsvar med det som Molander framholder, at praktisk kunnskap er forankret i virksomheten og eies av de som oppholder seg der(Molander,1995).

Funn i denne studien, viser at sykepleierne visste mange ting de ikke kunne verbalisere, men de brukte fortellinger som kunne illustrere eksempler på rehabilitering. Kunnskapen hadde de ervervet ved refleksjoner over egne og andres erfaringer, mester-svenn læring og i samhandling eller i dialog med kollegaer. For å utvikle kunnskap og refleksjon brukes basiskunnskapen en har fra før. Molander framholder at kunnskap vokser med samhandling og i dialog (Molander, 1995). Polany(1967) sier at all kunnskap bygger på kunnskap en har fra før. Molander (1995) poengterer nærvær og oppmerksomhet som viktig del av denne kompetansen (Molander, 1995). Nærvær fordrer tid, sykepleieren tilbringer mye tid sammen med pasienten og sykepleieren kommer nært innpå både fysiske forhold og det emosjonelle aspektet ved ryggmargsskade. Det stemmer med tidligere studier, der (Pellatt, 2003) fant at sykepleierens bidrag til pasienten har en sentral plass i rehabiliteringen, fordi sykepleietjenesten er til stede i 24- timer i døgnet, og fleksibilitet og fortrolighet med pasienten utvikles i nærhet (Pellatt, 2003). Sykepleieren karakteriseres av pasienten ”som en venn som han kan snakke med og som vet hvordan han har det”(Waters, 1986 i Pellatt, 2003).



Tid og tillit til at pasienten mestrer oppgaver, er viktig sett ut fra pasientens ståsted for muligheter til å øve på for eksempel påkledning, som tar tid. Pasienten forstår at utfordringer i øving og trening er god rehabiliteringssykepleie, og at det krever *tid* og tillit, selv om han i øyeblikket kan si at han helst ser at hun gjør det for han.

Sykepleierens avsløringer av slik dobbeltkommunikasjon er en form for taus kunnskap, tror jeg. Argumentasjon og oppmuntring fra sykepleieren om å øve på tingene selv, understøtter rehabiliteringsprosessen. Forskning sier at sykepleierens vektlegging av egenomsorgsprinsipper og at pasienten skal delta aktivt i sin rehabiliteringsprosess, ses på av sykepleierne som en del av utøvelse av sykepleie (Keane et al. 1987). Dette stemmer med det funn i oppgaven som viste til at rehabilitering er å jobbe etter pasientens mål.

Alle sykepleierne poengterte at rehabilitering krever tålmodighet. Flere mente at det var en spesiell type sykepleiere som ble rehabiliteringssykepleiere; sykepleieren måtte ha lyst til å jobbe med samme pasient over tid og hun måtte ha interesse og engasjement for hva som skal til for at pasienten skal lykkes i sin rehabiliteringsprosess. Interesse for å observere pasienten med det for øye å kunne hjelpe han framover i rehabiliteringsprosessen hans, vurderes som vesentlig av sykepleiene. Flere sykepleiere brukte ordet ”å se” som viktig i kartlegging av hvor pasienten befinner seg i sin rehabiliteringsprosess og tar det som utgangspunkt for sine betraktninger og overveielser, refleksjon. De uttalte at rehabiliteringssykepleieren *ser* på pasienten..., sykepleieren *ser* at pasienten..., sykepleier *ser* at det skjer en forandring med pasienten..., sykepleieren *ser* når pasienten..., sykepleieren ser hvis pasienten...og lignende. Persepsjon av pasienten er total. På samme måte ble ordet ”vite” brukt i flere sammenhenger når sykepleieren ville forklare hvorfor hun tenkte/gjorde slik eller slik. De satt inne med en kunnskap som var vanskelig å verbalisere, men de ”bare vet” at det er riktig kunnskap. Hamran fokuserer på oppmerksomhet i persepsjonen av pasienten, i begrepet taus kunnskap som Polanyi, Schøn og Molander også gjør, men Hamran refererer til hva god sykepleie er.

Taus kunnskap i sykepleie får en gjennom erfaring over tid, men ikke bare erfaring. Det må ligge en interesse bak for sykepleie som gjør at sykepleieren reflekterer over en hendelse og hva som førte til heldig eller uheldig handlingsvalg. Kan sammenliknes med Schøns konsept med refleksjon over og i en handling og Benneres(1984, Og Hamran (1987) som referer til at oppgaver hos sykepleieren er flerkontekstuelle, en må ha både oversikt og innsikt for å ta riktige handlingsvalg, som kan relateres til erfaringsbasert kunnskap. Schön refererer til refleksjon som gjør at en holder flere alternative handlingsvalg åpne. Interesse kan og relateres til egenskap som hos Molander. Oppmerksomhet fører til at sykepleieren persiperer, betrakter og overveier det hun ser og relaterer til noe liknende hun har sett før. Uaktualisert kunnskap tas *fra* noe i kunnskapsbasen *til* noe, slik som hos Polanyi. Hamran profilerer observasjon som det viktigste en kan lære en sykepleier for å oppnå et godt resultat i sykepleie, lære henne hva hun skal observere, iaktta. Det poengterer at veiledning, samarbeid, dialog og refleksjon for viktig for å utvikle kunnskap. Hamran framholdt at både teoretisk og praktisk kunnskapsformer er viktige.

Kirkvold, (2002) hevder at i praksis er det vanskelig å skille mellom praktisk og teoretisk kunnskap. I diskusjoner om synet på kunnskap kan teoretisk og praktisk kunnskap settes opp mot hverandre som om de er forskjellige i vesen og ikke har noe med hverandre å gjøre, men det er ikke riktig. Noen typer kunnskap er utviklet på bakgrunn av vitenskapelig arbeid med objektive forhold, mens erfaringsbasert kunnskap kan knyttes til refleksjon over egen praksis. Den gir nyttig innsikt som kan brukes i nye situasjoner (Kirkvold,2002). I denne oppgaven er det den praktiske kunnskapen som er i fokus, men teoretisk kunnskap er også viktig.

Rehabiliteringssykepleieren tolker pasienten ut fra hennes persepsjon av han i forskjellige kontekster ved å observere han i et nært pasient – sykepleierforhold, og hun trekker dermed slutninger om hvilke behov som er til stede hos han nå og hvilke behov som med stor sannsynlighet vil dukke opp på et senere tidspunkt ut fra erfaring med tidligere pasienter, og refleksjoner omkring hendelser og situasjoner. Dette er i tråd med teori utledet av Kim(2002).

Sykepleierne sa at har ”*en sett det noen ganger, så vet en det*”. Sykepleierne engasjerer seg i pasienten og prøver å forstå han. Det stemmer med det Hamran definerer som at profesjonell sykepleie er å forstå de menneskelige reaksjonene som framkommer på grunn av sykdom, og går utover de fysiologiske behovene (Hamran, 1987). Florence Nightingale sa at god sykepleie er fremkommet av refleksjon over yrkesutøverens egne erfaringer. (Nightingale i Hamran, 1987).

## 5.2 Sykepleiernes refleksjoner om roller i rehabiliteringsprosessen

### - hvordan settes taus kunnskap i spill mellom pasient og sykepleier

Jeg ville finne ut om det var mulig å komme nærmere innpå begrepet taus kunnskap og hvordan den spilles ut mellom sykepleier og pasient for å styrke rehabiliteringsprosessen hans. Sykepleierens refleksjoner om informasjonsformidling er et viktig område innen rehabilitering av ryggmargsskade, fordi pasienten trenger nye kunnskaper om ryggmargsskade. I rehabilitering griper mange ting inni hverandre, en må forholde seg til mange arenaer på samme tid og alt må sees i forhold til hverandre og må ses i sammenheng. Det kan gjøre at framstillingen min kan virke noe uryddig for leseren.

Selvilde er en viktig faktor i læringsprosessen. Rehabiliteringssykepleierens rolle er å se at pasienter er forskjellige, noen har med seg sterkere grad av mestringserfaring enn andre, og sykepleieren må ta hensyn til det. Pasienten har fått en kompleks hverdag med ryggmargsskaden. Positivt selvilde er viktig for læringsprosessen for mestring av handikappet. Følelser og tanker står i nært samspill med hverandre. Følelser kan være skumle. Det er naturlig at den ryggmargsskade pasienten sørger og er nedfor og det er naturlig at han føler sinne og fortvilelse. Sykepleierne beskrev det som normalt. Pasienten trenger å bli møtt med tillit, sympati, respekt og autonomi. Mange pasienter bruker forsvarsmekanismer for å beskytte seg mot kaos og overveldende tanker og følelser, men negative forsvarsmekanismer kan medføre at

pasienten ikke kommer seg videre i prosessen. Sykepleierens roller er å være sammen med pasienten, observere han med en støtte og sympati. Dette stemmer med teori.

Sammenhengen mellom selvbilde og læringsprosess og er interessant i denne sammenheng, fordi læringsprosess inngår som en viktig del av rehabiliteringsprosessen. Relatert til teori (Skaalevik & Skaalevi, 2005) om læring, heter det seg at selvoppfatning virker inn på motivasjon for læring. Skaalevik & Skaalevik, (2005) hevder at selvoppfatningen har mye med personens identitet å gjøre. Den gir svar på hvem en er. Selvoppfatningen er personens oppfatninger, vurderinger og forventninger, samt tro og viten om en selv (Skaalevik & Skaalevik, 2005).

Fordi selvoppfatning og selvopplevelse knyttes så sterkt til følelser, virker selvoppfatning også sterkt inn på atferd, livskvalitet og helse. Selvoppfatning påvirkes av tidligere mestringserfaringer og andres eller egen tro om andres vurderinger (Skaalevik&Skaalevik, 2005)

Ved ryggmargsskade trenger pasienten kunnskaper relatert til skaden. Det er kunnskaper om katerisering, mageregulering, forflytning og hvordan han skal unngå sår og kontrakturer i ledd. Tradisjonelt tenker vi med rehabilitering å gjøre pasienten i stand til å mestre det kroppslige og det emosjonelle ved sykdommen etter skade. Rehabilitering handler om i hvor stor grad en kan hjelpe pasienten til å mestre tilværelsen og sykepleieren har mange roller og funksjoner forhold til det. Nolan & Nolan (1998) fant at sykepleieren oppfattes av pasienten som den som har den daglige omsorgen for han og som han får mest informasjon fra. Funn i studien min viste at dette stemmer, men man må samtidig unngå å tilpasse pasienten til "rollen" som funksjonshemmet. Sykepleierne beskriver at de var tydlige på pasientens roller, "han skal jo hjem." Det er derfor viktig å understøtte pasienten på hans egne roller som pasientene hadde før ulykken. Intervjuene bekrefter at sykepleierne tenkte på hjemmesituasjonen for pasientene, og tilstrebet en rehabiliteringssykepleie med tanke på at pasienten skulle bevare identitet og egne roller best mulig. De observerte pasienten for å finne hva som var viktig for denne pasienten som de kunne bygge på

for mestringsopplevelser. Selvoppfatning blir en fellesbetegnelse på hva en mener om egne roller, egenskaper og muligheter. Alle mennesker har et helt grunnleggende behov for å kunne tenke positivt om seg selv. Selvoppfatning virker inn på motivasjon ved at vi ønsker å gjøre noe vi tror vi kan lykkes med. Vi unngår gjerne aktiviteter som innebærer risiko for nederlag.

Mestring handler om å ha mål innenfor hva man selv kan realisere. Derfor handler det om å sortere problem, avfinne seg med det som handikappet krever, men ikke gi funksjonshemmingen *for* stor plass. Det er viktig å lære seg mest mulig om ryggmargsskade for å beherske følger av den, og sykepleierens rolle er samtidig å stimulere pasienten til å fokusere på hvordan han vil leve framover slik han har det. Mestring er å ha håp, men samtidig være realistisk. Håp sier (Kautz, 2008) er utrolig viktig for pasienten, det er nøkkelen for å overleve.

Sykepleierne beskriver refleksjoner om rehabilitering av ryggmargsskadede pasienter og viste at sykepleierne mente hensikten med rehabilitering omfatter målorientering, informasjon om rehabilitering ved hjelp av kommunikasjon og skal kunne ut i pasientens mestring av handikappet. Sykepleierne mente at målorientering er viktig i rehabilitering for motivasjon i prosessen, fordi målorientering bidrar til at pasienten evner å se at det går framover og gir den ryggmargsskadede pasienten oversikt over rehabiliteringen, som skal føre til mestring og håp for framtiden. Dette er i tråd med Kautz, 2008 som fant at viktige fenomen i rehabilitering er pasientens egne langsiktige og kortsiktige målsettinger. Han sier at å sette mål sammen med pasienten er viktig sykepleiefunksjon i en rehabiliteringsprosess for å bevise at ting går framover og at det nytter å øve på oppgaver for å lære dem. Å nå mål er oppløftende for pasienten, sier (Kautz, 2008). Rehabilitering innebærer måloppnåelse for pasienten der det jevnlig settes både kortsiktige og langsiktige mål som det arbeides mot igjennom hele rehabiliteringsprosessen. Mange store seire i ryggmargsskaderehabilitering er hverdagslige, som kan synes små, men gir en god opplevelse. Det gjør og at pasienten evner mer.

Sykepleierne beskriver at en rolle er å forstå non-verbal kommunikasjon som viktig i

rehabilitering av ryggmargsskadde pasienter. Pasienten har det tungt i begynnelsen og rehabilitering er avhengig av energi. Den ryggmargsskadde har på det tidspunktet lavt energinivå på grunn av skaden fysisk og på grunn av mye frustrasjoner. At sykepleieren bryr seg med en sympatisk holdning, hjelper pasienten i mange tilfeller til å mestre situasjonen. Dette stemmer med det Kirkvold, (2002) sier at sykepleieren har en non- verbal og verbal kommunikasjon som formidler sympati som kan lette lidelsen for pasienten ved at han ikke må bære byrden alene (Kirkvold, 2002).

Kari Martinsen kritiserer vår tro på det målbare, vår opptatthet av resultater, det abstrakte, fornuften og framskrittet. Hun advarer mot teknisk, instrumental livsforståelse hvor alt skal rasjonaliseres til mål og resultater, hvor en bare snakker om godhet og omsorg. Omsorgen blir da sentimental (Martinsen i Sykepleien fagskrift, 2/1991). Alt kan ikke og alt bør ikke måles. I praktisk kunnskapsform kan det som ikke er målbart gi de beste resultater og største glede og mestring.

Pasienten uttrykker verbal og non – verbal kommunikasjon og det er viktig for sykepleieren å være oppmerksom i persepsjonen av pasienten for å få vite hvordan pasienten har det for å tilpasse informasjon etter situasjonen hans. Å forstå pasientens non – verbale kommunikasjon er å ha lært seg å kunne tolke de signaler han gir. Sykepleierne hevdet at de ”leste” pasientene og derfor fikk de innblikk i hvordan han hadde det. På det grunnlaget kunne de stille de riktige spørsmålene som bekreftet, eller avkreftet det de mente de så og bruke det for å støtte pasienten

Sykepleierne beskriver at det var viktig å være ”lydhør” for det pasienten fortalte. Det kan ses i sammenheng med det Molander refererer til om å evne til å lytte og se og kjenne igjen ulike sider ved oppgaver i virksomheten (Molander, 1995). Å bli kjent med pasienten er viktig for å skjønne hva som er verdifullt for han (Bredland et.al, 2002). Sykepleierne sa at pasientene er forskjellige angående livserfaring, styrke og modenhet, det gjelder å understøtte selvbilde hos han. For å oppmuntre til ansvar for egen mestring i rehabiliteringsprosessen, benytter sykepleieren kommunikasjon som vektlegger likeverd og personspesifikk kunnskap. Den favoriserer aktiv lytting, speiling og verdiklargjøring hos pasienten, som (Zoffman,2004) fant ut.

Sykepleierne mente de kunne finne interesse for ny lærdom og øving på ferdigheter ved å følge med i blikket til pasienten om han virket interessert og om han fulgte med i det hun holdt på med. De gjenkjenner noe ved pasienten som forteller at nå kan han gå videre i prosessen, og hun bruker det aktivt, hennes magefølelse bekrefter at det er riktig. Rehabiliteringssykepleieren har svært mye kunnskap om nonverbal kommunikasjon og følger med på kroppsspråket til pasienten for å finne ut hva han uttrykker med gester, blikk – kontakt, om han for eksempel er sosial. Hvis han er stille og trekker seg unna, kan han være preget av sorg eller være engstelig. Sorg og depresjon kan være like i uttrykk. Sykepleierne framholdt at de ser når pasienten følger/ikke følger med på det hun ville vise han. Erfaringsbasert kunnskap sier at angst kan påvirke personens oppfatningsevne, tenkeevne, vurderingsevne og beslutningsevne. Det er i tråd med det Travelbee sier om angst. Angsten påvirker hele mennesket både fysisk, psykisk og åndelig (Travelbee, 1999). Sykepleierne sa i intervjuene at riktig tidspunkt for opplæring, kunne være når pasienten sjøl begynte å vise interesse for å lære ferdigheter som forflytning med brett fra stol til seng for eksempel. Pasienten kunne si det selv, at nå torde han prøve å gjøre det uten hjelp, mens sykepleierne mente at de hjelp av erfaring og observasjon allerede hadde ”sett” en forandring hos han.

Informasjon kan heller dreie seg om å sørge for at pasienten får kontroll på noe, som gjør at han kanskje får kontroll på mer etter hvert. Gode erfaringer styrker identiteten, mens dårlige erfaringer svekker den (Krogstad&Foss, 1992). Det stemmer med teori om identiteten, (Krogstad&Foss, 1992) Sykepleierens funksjoner omhandler det som har med å styrke pasientens egenverd og selvstendighet, og det gjør hun med å tilpasse oppgaver etter hva han kan klare på det stadiet han er i rehabiliteringsprosessen sin.

Svært mye i rehabilitering dreier seg om å styrke motivasjon hos den ryggmargsskadde, fordi en ryggmargsskade inntreffer plutselig og med store konsekvenser for pasienten. Følelsene kan være overveldende, pasienten er redd for framtiden og er nedfor. Det gjelder å finne ”noe som motiverer til motivasjon hos denne pasienten” sa en av sykepleierne som jeg intervjuet. Noe som gir energi og

kraft nok til å ville tilegne seg nødvendige kunnskaper og øving på ferdigheter for å mestre den nye livssituasjonen. Sykepleierens rolle er å iaktta, observere for å finne noe som denne pasienten interesserer seg for og bygge videre på det i prosessen.

Funn viste at oppmerksomhet i persepsjonen av pasienten omkring timing og måten man hjelper pasienten på, gir innsikt i hvor i rehabiliteringsprosessen han er nå, og viser om han er klar for å bevege seg videre i prosessen. Sykepleierne beskrev at pasienten måtte ta ansvaret for sin rehabilitering, men at de måtte bli kjent med han, forberede han på hva som skal læres underveis. For ikke å uro han unødig velger de å forklare ting formelt først. Sykepleieren forholder seg til at hun må gi pasienten kunnskaper om rehabilitering og hun må gjøre det på en måte som passer for hans psykiske og emosjonelle tilstand i øyeblikket. Dette må hun gjøre samtidig. Av erfaring vet hun at en nyskadet ryggmargskadd pasient ofte er en engstelig og deprimert i begynnelsen. Videre vet hun at det følger begrensninger med å tilegne seg ny informasjon hvis engstelse og depresjon dominerer følelseslivet hans (Travelbee, 1999). Derfor informerer sykepleieren formelt; hun forholder informasjonen som nøytral – ”At noen gjør det slik og andre kan gjøre det slik.” Hun har delvis lært det gjennom kjennskap til tidligere pasienter, delvis gjennom refleksjoner med andre sykepleiere og hun har sett det selv ved oppmerksomhet i persepsjonen av pasienten. Hun bruker persepsjonen som nøkkel til å få innsikt i hvor han er i rehabiliteringsprosessen på det gitte tidspunkt. Hun må gi informasjon, hun ser at pasienten ikke er klar for den informasjon hun vil gi han, derfor gir hun informasjonen på en måte som er ufarlig for pasientens følelser, samtidig som tingene blir gjort. Hun bruker en nøytral og formell informasjonsteknikk. Hamran (1987, s68) kaller dette fenomenet for ”omsorgsrasjonalitet, som betyr at pasienten ivaretas på en god måte, samtidig som ting som må gjøres blir gjort”.

Det er når pasienten skjønner at han har bruk for å lære og situasjonen byr seg, at sykepleieren læresituasjonen er best. Det kan gjøres på måter som bygger på det som pasienten vet fra før. Det stemmer med det (Hiim & Hippe, 2006) sier om voksenopplæringsprinsippet, at en bygger ny kunnskap på det som personen kjenner til og vet fra før. Det kan i vår sammenheng dreie seg om hygiene, eliminasjon og



ernæring relatert til det å nå være immobil. Sykepleierens rolle er å lære pasienten om ryggmargsskade på gode måter som ivaretar pasientens selvoppfatning og identitet på, selv om situasjonen er vond for pasienten – som ved dusjing og mageregulering. Taus kunnskap hos sykepleieren gjør at hun fornemmer hvordan ting bør gjøres; pasientene vil ha hjelpen utført på sine måter og respekt og sympatisk holdning fra sykepleieren er viktig i slike sårbare situasjoner. Stolthet og selvbevissthet må ivaretas i situasjoner der både selvrespekt og selvtillit kan bli utsatt for sterke angrep. I siste halvdel av oppholdet i spinalavdelingen er kravene mye større til fysiske aktivitet og sykepleierne legger til rette for at pasienten kan klare seg mer sjøl. Sykepleierne sa at de *”arbeider med hendene på ryggen”*, og de minner han ikke lenger på selvfølgelige ting som tidspunkter som de tidligere gjorde. Hun kartlegger hvor mye hjelp han trenger og tilpasser læring og veiledning etter behov vurdert ut fra det hun tror. Sykepleierne har sett mange ryggmargsskadede pasienter tidligere og sammenlikner og trekker bevisst eller ubevisst slutninger basert på resultater fra tidligere erfaringer. Dette for at pasienten må få flest mulig anledninger til å øve på ferdigheter selv.

En sykepleier sa at *”det er mange ganger nødvendig å forholde seg litt streng og ikke gjøre de tingene for dem som de kan gjøre sjøl, ellers gjør vi dem bare en bjørnetjeneste”*. Det stemmer med teori om at god rehabiliteringssykepleie er å utfordre pasienten og gi han tid til å øve selv (Pellatt, 2003).

Alle mennesker er avhengige av tilbakemeldinger. Sykepleieren i rehabilitering har mange opplæringsfunksjoner relatert til ryggmargskaden. Pasienten trenger mye ny kunnskap for å mestre sitt handikapp og han er avhengig av tilbakemelding om at det nytter å lære, slik vi alle er. Alle er avhengige av positive tilbakemeldinger. Det er nødvendig å være klar over at i en slik situasjon som han er i, er det normalt at følelsene svinger fra den ene ytterlighet til den andre. Følelser og tanker står i nært spill med hverandre. Sykepleierens roller og funksjoner er å forstå pasientens følelser og hjelpe han i å håndtere dem. Lindsey, 2002, hevdet at sykepleierens rolle er å hjelpe pasienten med negative følelser, som sinne, glemskhet og benektning og som hos Kautz, 2008 var definert som følelse av å være krenket.

Omsorgsrelasjonen er en interpersonell prosess der det fokuseres på pasienten og det som angår han (Kim, 2002). Sykepleierens funksjoner omhandler det som har med å styrke pasientens selvstendighet og det gjør hun med å tilpasse oppgaver etter hva han kan klare på det stadiet han er i rehabiliteringsprosessen. Hun veileder og lærer han opp i ferdigheter for å mestre den nye livssituasjonen sin. Dette for at han skal kunne tilegne seg nødvendige kunnskaper og innsikt, og derved kunne sette realistiske mål.

Rehabiliteringssykepleieren er den som har hånd om pasientens daglige omsorg med rutineoppgaver omkring hygiene, ernæring og eliminasjon i spinalavdelingen. Hun er den som klargjør pasienten for fysioterapi og ergoterapi eller overlapper deres roller. Sykepleierens oppgaver er tidkrevende og hun blir godt kjent med pasienten. Hun ansees derfor av pasienten som en fortrolig venn som bidrar med emosjonell og psykologisk støtte og oppmuntrer han og veileder til delaktighet i rehabiliteringsprosessen, som er i tråd med teori fra (Waters i Pellatt, 2003). Rehabiliteringssykepleieren sørger for overgang fra akutt omsorgsfilosofi til rehabiliteringsfilosofi (Johnsen, 1995). Det vil alltid være trekkspenninger i dette feltet fordi pasientens progresjon i rehabiliteringsprosessen er avhengig av sykepleierens kompetanse i vurdering av hva han har muligheter for å trene på selv, og ikke minst gi han tid og oppmuntring til det. Kompetansen går på å gi oppgaver tilpasset pasientens funksjonsnivå slik at han blir hele tiden blir bedre funksjonelt uten at det blir for vanskelig, da svekkes motivasjon for læring.

Sykepleierne beskriver at de fokuserte på at det var nødvendig å ikke overbelaste den ryggmargsskadde pasienten med for mange ting samtidig, for det fører til dårligere mestring. De visste at kontroll over noe fører ofte til kontroll over flere områder. En respondent sa at ingen kan "drives til motivasjon for noe mot sin vilje". Det stemmer med det som Zoffman hevder, at autonomtilnærming der aktiv lytting, speiling og verdiklargjøring med kommunikasjon som vektlegger likeverd og personspesifikk kunnskap styrker muligheter for og vilje til å ta ansvar for livet sitt (Zoffman, 2004). Respondentene poengterte at tålmodighet fra sykepleieren og aktiv lytting til pasientens preferanser var viktig. Respondentene konsentrerte seg for å finne på noe

som pasienten i nær framtid ville se nytteverdi av, som innfallsvinkel til læring og øving, og det var viktig å avgrense omfanget til noe som vurderes som overkommelig for pasienten. Pasientene er forskjellige og har forskjellig alder, kjønn og modenhetsgrad som det må tas hensyn til. Rehabiliteringen må organiseres i spinalavdelingen slik at det er samsvar mellom det som fysioterapeuter og sykepleiere holdt på med og at det ikke ble for mye for pasienten på en gang. *”Vi må klare å ”lese” pasienten. Hva blir for mye. Det er ikke alltid at målet deres er oppnåelig. .... Studier, verdier, de håper at de greier så mye, de vil jo så gjerne--- og slit seg helt ut . Vi må evne å hjelpe de til å tåle å ta imot hjelp, så de kan bruke tida si på noe fornuftig og/ eller hyggelig”.*

Eksistensielle spørsmål handler om det som er viktig i hver enkelts liv. ”Spørsmålene kan være dominerende når en person har vært utsatt for en ulykke og realitetene begynner å gå opp for vedkommende. De kan være vanskelig å stille fordi en er redd for svarene” (Bråthen et.al, 2004 s:232). Kroppen og livet for pasienten er ikke lenger som før skaden. Han blir avhengig av rullestol og hjelpemidler/hjelpere for å klare hverdagen sin framover. Kravene til omstilling og å lære nye ting, eller lære seg ting på nytt, er erfaringsmessig, svært store. Mange sliter også med å komme i gang med rehabilitering på grunn av at det er ”blitt for mye for dem”. ”Store endringer i tilværelsen kan oppleves som livs -kriser.... Pasienten kan ha en følelse av at hele tilværelsen vakler og en følelse av å miste identitet. Alder, livs - fase, roller, kjønn og personlighet har betydning for opplevelse av krise”( Bråthen et al,2004 s.232).

Sykepleieren kan snakke med pasienten om framtiden som god, med mening med livet og med å styrke nære relasjoner. Miller (2002) framholdt at den ryggmargsskadde kunne være redd for å bli alene. Sykepleierne beskrev at rolle er å hjelpe pasienten med å finne andre verdier og redefinere verdier, noe som også har håp i seg. Sykepleierne understøtter pasientens selvilde og håp ved å snakke om framtiden, med å forespeile framtiden som god basert på forhold til venner og familie og mening med livet. Sykepleierens funksjoner omhandler det som har med å styrke pasientens selvstendighet og det gjør hun med å tilpasse/foreslå oppgaver etter vurderinger ut fra pasientens behov og muligheter.

Den ene er den fysiske delen med det å være lam, der lammelser fører til praktiske konsekvenser som problemer med å bevege seg og utføre hverdagslige gjøremål og for det andre at den kan påvirke ryggmargsskaddes selvilde. Den ryggmargsskadd kan oppleve hukommelsestap og pessimisme i forhold til framtiden og følelser av verdiløshet og maktesløshet. De kan bli forskrekket over hvor sinte de er blitt (Linsey, 2002). Alle disse overveldende følelsene kan gjøre at de også blir veldig trøtte. Pasienten trenger derfor rådgiving og sykepleierne har en viktig oppgave med å hjelpe pasienten i mestring av disse negative følelsene (Linsey, 2002). Taus kunnskap er å skjønne når pasienten sliter emosjonelt og finne måter å hjelpe han til å håndtere følelser på. Når sykepleierne forstår at det kan dreie seg om fortvilelse og fornektning, forvarsmekanismer, som også en mestringsstrategi, er det så mye lettere å møte pasienten på en god måte..

Respondentene evnet ikke eksakt å verbalisere hva det er som gjør at sykepleierne forholder seg til taus kunnskap som sannhet, men intuisjonen deres sier det er sannhet, og de stoler på intuisjonen. De stoler i enkelte tilfeller mer på intuisjonen, enn kunnskaper fra teoretisk kunnskapsform. En av respondentene fortalte at krisefaser hos ryggmargsskadd stemmer ikke alltid overens med teoretisk lærdom. Fasene om kriser deles ofte inn i krisefaser for at det kan være med på å skape oversikt, med sjokkfase, reaksjonsfase, bearbeidelsesfase og nyorienteringsfase, - denne kunne dog skape forvirring hos personalet som kunne "vente" på en fase som aldri kom, og derved missoppfattet hvordan pasienten hadde det og hvilke behov han egentlig hadde. Grunnen til at de stolte mer på egen intuisjon i kartlegging av pasientens behov i øyeblikket, var som de sa, at de hadde sett det så mange ganger før at da måtte det være riktig tolkning. Dette stemmer også med det som Kautz (2008) fant om ryggmargsskade, pasienten fulgte ikke alltid krisefasene som boklig lærdom tilsa.

Denne praktiske kunnskapstradisjonen er det Molander definerer som kunnskapen i praksis, i motsetning til det han definerer som den teoretiske kunnskapstradisjonen eller kunnskapsformen. Den praktiske kunnskapsformen bygger på å selv være deltakende og i dialog med andre mennesker. Kunnskapen lever i situasjonen og er i

bevegelse. Kunnskapen ligger implisitt i handlinger og væremåte og utvikles i samspill mellom mennesker i den bestemte situasjonen. Det er det situasjonsbestemte og det spesifikke som er i fokus (Molander, 1995).

Den teoretiske kunnskapstradisjonen er kunnskapen som har høyest status og som det undervises i på universitet og høyskole. Den teoretiske formen for kunnskap er løsrevet fra situasjonen og fra anvendelsen. Det innebærer at sykepleieren kan inneha mye teoretisk kunnskap, men som ikke direkte anvendes i praktiske handlinger. (Molander, 1995). Hamran sier at også denne formen for kunnskap må likevel være på plass, erfaringsbasert kunnskap alene er ikke nok (Hamran, 1987).

Rehabiliteringssykepleierne beskriver at de visste at pasienten spurte alle om prognosen, men at den ofte var uavklart i begynnelsen og ingen visste med sikkerhet hvor mye av førligheten som kunne gjenvinnes igjen. Derfor var det nødvendig å forholde seg nøytral til slike spørsmål og ikke love mer enn hun kunne holde, sykepleierne ville være ærlig med pasienten. Kautz, (2004) fant at er viktig å ikke ta bort håp, for håp bærer optimisme i seg, noe som er motiverende for pasienten. Pårørende kommer også med historier om alle de som har blitt bra, og lignende, og pasienten og pårørende vet nok at det er urealistisk, men håp er viktig som mestringsstrategi for å tåle virkeligheten.

Sykepleie blir å sørge for at pasienten blir best mulig *mottakelig* for det som understøtter hans egne mestringsstrategier. Hun må ha nødvendige egenskaper som vekker tillit hos pasienten. Disse er respekt, sympati, vennlighet og makt. Makt for nødvendige gjennomslag underveis der hun er pasientens ”advokat”. (Hamran, 1987). Denne kunnskapen kan vi kun få ved observasjoner. Funn i oppgaven viste til at sykepleierne fokuserte på at det var nødvendig å ikke overbelaste den ryggmargsskadde pasienten med for mange ting samtidig, for det fører til dårligere mestring. Respondentene poengterte at tålmodighet fra sykepleieren og aktiv lytting til pasientens preferanser var viktig. Respondentene konsentrerte seg for å finne på noe som pasienten i nær framtid ville se nytteverdi av, som innfallsvinkel til læring og øving, og det var viktig å avgrense omfanget til noe som vurderes som

overkommelig for pasienten. Pasientene er forskjellige og har forskjellig alder, kjønn og modenhetsgrad som det må tas hensyn til. Rehabiliteringen må organiseres i spinalavdelingen slik at det er samsvar mellom det som fysioterapeuter og sykepleiere holdt på med og at det ikke ble for mye for pasienten på en gang. Respondentene sa at de visste at det var viktig med riktig mengde oppgaver og informasjon, og å tilpasse dette med de andre yrkesgruppene i teamet. Passe på at det ikke blir for mye informasjon på en gang, eller at pasienten skal øve på for mange ting samtidig. Dette er erfaringsbasert taus kunnskap og en av respondentene sa: ”*Han må se nytteverdien av det. For eksempel er forberedelser til hjemmepermisjon en ypperlig anledning til å motivere han for trening på egenomsorgsaktiviteter*”.

Studien viser at sykepleieren bruker sin mer- kunnskap, tause kunnskap basert på erfaring og refleksjoner fra tidligere pasientsituasjoner for å kunne bidra til aktiv rehabiliteringsprosess hos den ryggmargsskadde. Studien viser at kombinasjon av erfaring og refleksjon, *oppmerksomhet*, rettet mot pasientens behov fører til denne mer- kunnskap som kan defineres som ”taus”.

Relatert til ryggmargsskadde pasienter, er lammelsene og de menneskelige reaksjonene på den er ikke standardiserte, derfor kan heller ikke rehabiliteringen bli det. For å kunne stille de riktige spørsmålene til pasienten, må sykepleieren ha erfaring nok - hun må bygge sin viten på en mengde erfaringsmateriale (Benner 1995, Hamran 1987). Sykepleie er å forstå rehabiliteringspasientens behov, for deretter å tilpasse kunnskapene i den praktiske situasjonen og til den enkelte (Hamran, 1987). Bare ved hjelp av observasjon som igjen er knyttet til kunnskap og erfaring, kan sykepleieren individualisere i stedet for å standardisere pleien.

Erfaring spiller en stor rolle fordi det har med å få helhet og sammenheng, og mange forhold må sees i sammenheng med hverandre. Sykepleieren må gjenkjenne karakteristiske kjennetegn på bakgrunn av sine erfaringer, sine kunnskaper og sin vurdering vite hva som er lindrende og hva som forverrer opplevelsen av lidelsen. Med å kjenne igjen noe bestemt, klarer sykepleieren å betrakte det innenfor en helhet. Det er i forholdet mellom det spesielle og det generelle at man skal sørge for andre.

Det er i forholdet mellom det spesielle og det generelle at utfordringen ligger, men det er også der mulighetene ligger for å anvende det erfarte i stadig nye situasjoner der erfaringer ansees som anvendelige (Hamran 1987, Benner 1995)

Rehabiliteringssykepleierne beskriver at det er en utfordring å finne balanse mellom ekspertrolle og veilederrolle i forhold til pasienten. Studier viser at paternalistisk tilnærming for å forvente at pasienten "gjør som vi sier" (compliance), senker pasientinitiativet, mens autonomtilnærming styrker muligheter for og vilje til å ta ansvar for livet sitt. (Zoffman, 2004)

Å være nær den ryggmargsskadde i pleie og omsorg medfører å se og tolke forandringer. Flere av sykepleierne sa de kommer veldig nær pasientens liv, Den ryggmargsskadde har ofte behov for redegjøre for sine tidligere roller og funksjoner. Sykepleierne så det som en måte å bevare et godt selvilde på. Tålmodighet og lydhør ovenfor for pasientens behov for å samtale om dette, mente sykepleierne var viktig for at han skulle kunne komme videre i prosessen. Fokus er på virkningen av sykepleie med vektlegging av hvordan sykepleieren gjennom sin holdning kunne lindre pasientens angst og frykt, og skape trygge og mellommenneskelige forhold og se pasienten som et helt menneske (Martinsen 1985 i Hamran 1987).

avhengighet til andre sykepleiere er viktig, fordi man møter seg selv og hva man gjør gjennom andre. Ikke minst skjer dette gjennom kritikk, kritiske blikk, kritisk lyttende, følelser og kritiske spørsmål. Det viktige er å lære å kjenne seg selv.

Tilbakeblikkskunnskap er reflekterende i den mening at man ser tilbake på hvordan man selv handler, ikke minst gjennom andres utsagn, reaksjoner, møte, hvilken rolle man spilte, hvordan man så seg selv og så videre. Man lærer egne refleksjoner gjennom andres refleksjoner. Vi lærer å kjenne oss selv gjennom andre. Molander sier at man vet hva man har sagt og gjort og likevel vet man det ikke. For det er den andre som viser meg hva jeg har sagt og gjort. Det betyr også at den andre viser meg hvem jeg er og omvendt. I spinalskadeavdeling ser vi på hva som skjer med den ryggmargsskadde. God rehabiliteringssykepleie er intervensjoner som understøtter den ryggmargsskadde pasientens egne mestringsstrategier og styrker dermed pasientens driv for egenomsorg. Vår oppgave er gi nødvendig assistanse til hans egen innsats for

å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet (jfr.st.meld.21).

### 5.3 Metodediskusjon

Et av kravene til forskning er at den bør bidra til ny kunnskap for å fylle kravet om relevans. (Kvale,2004). På bakgrunn av tidligere forskning, teoretisk forståelse og empiri har jeg søkt å besvare problemstillingen min. Det ser ut som at studien støtter opp under tidligere kunnskap på flere områder, og bringer lite ny kunnskap. Denne studien er en studentoppgave og betegnes ikke som forskning, men det antas at studien kan bringe ny innsikt i hvordan taus kunnskap forstås og praktiseres i forhold til rehabiliteringsprosessen hos ryggmargsskadde pasienter.

Teorivalg ses som hensiktsmessig for å belyse problemstillingen, men det kunne med fordel vært brukt enda mer og nyere forskningsmateriale. Jeg ser og i etterkant av studien at intervjuguiden kunne vært bedre gjennomarbeidet før intervjuene ble foretatt.

I metodekapittelet er utvalgets relevans diskutert. I studien er det tilstrebet å få et utvalg med reflekterte respondenter med lang erfaring i spinalskadeavdeling. En annen tilnærming til problemstillingen kunne vært respondenter med kort erfaring fra ryggmargsskadeavdeling, som ser ting med ”friske” øyne.

Jeg tror heller ikke at det bare er en fordel å ha så god kjennskap til feltet som jeg har, for jeg opplevde at respondentene antok at jeg skjønnte mye av det de sa uten at de behøvde å forklare ting nærmere med ord. Noen intervjusituasjoner bæres preg av, slik jeg ser det i etterkant, at min forforståelse var for dominerende. Jeg synes det var ”dumt” å mase om ”selvfølgelige” ting hos kollegaer.

I denne studien kan intervjusituasjonen ha hatt betydning for tekstens kvalitet på grunn av kjennskap til respondenter som kollegaer og veldig god kjennskap til feltet.



Det kan synes som at intervjuer kunne bli avledet fra forskningsspørsmålene og at dypere refleksjoner over det egentlige tema ville være mere riktig. Taus kunnskap synes mange er vanskelig å forsøke å verbalisere. Sykepleierens rolle og funksjon var derimot lettere å samtale om.

## 6.Konklusjon og videre anbefalinger

Dette kapittelet er oppsummering og vurdering av studien.

Rehabiliteringssykepleiernes bidrag er forsøkt beskrevet med bakgrunn i teoretisk perspektiv, gjennomgått forskning og empiri. De sentrale funnene forsøkt sammenfattet og ses i lys av undersøkelsens forskningsspørsmål.

Hensikten har vært å undersøke hvordan erfarne og reflekterte sykepleiere i ryggmargskadeavdelingene beskriver og legger til rette for at den ryggmargsskadde pasienten skal få innsikt og ferdigheter for at de skal kunne vende hjem selvstendig og tilfredse.

Funnene viser at rehabiliteringssykepleiere i ryggmargsskadeavdelingen sitter inne med betydelig mengder kunnskaper som kan betegnes som taus. De bruker denne kunnskapen daglig i stelle – og veiledersituasjoner til pasienten. Taus kunnskap erverves ved hjelp av erfaring med pasienter en har fra tidligere. Den kan også erfares ved observasjon og refleksjon i handlinger eller i dialog med andre kollegaer som arbeider med ryggmargsskadde pasienter. Taus kunnskapsform kan fås gjennom veiledning av erfaren sykepleier eller i mester – svenn opplæring. Denne kunnskapen er viktig fordi den innehar mye kompetanse som gir resultater for den enkelte pasient, og taus kunnskap er viktig fordi den øker kompetansenivået i den avdelingen den er innenfor med de menneskene som arbeider der. Personell som er interessert i å gjøre ting bedre, og som har evne til å lytte og lære er mennesker som fører til at taus kunnskap vokser i avdelingen.

Molander sier at denne kyndigheten påvirker avdelingskulturen i handling og i dialog. Han sier slik forbedring fører til en helhet som består av spesielle ferdigheter, oppmerksomhet, overgripende forståelse av ferdigheter og hva det fører til og er ledetråder og strategier for forbedring av kunnskaper

For å synliggjøre hva sykepleierne forsto med taus kunnskap, brukte de mange illustrerende eksempler hvor de fortalte historier fra klinisk virksomhet i møter med ryggmargsskadde pasienter. Observasjon av pasienten betegnes som viktig for å gjøre

seg kjent med pasientens preferanser og interesseområder, som de brukte i motivasjonsarbeid med pasienten. Observasjon ga også gi en pekepinn på hvor pasienten befant seg i sin bearbeidelsesprosess. Gjenkjennelse fra tidligere pasientsituasjoner og persepsjon av denne pasienten, gav svar på hvor denne pasienten med stor sannsynlighet var i sin prosess. Sykepleierne brukte det de observerte hos denne pasienten, sammen med sine kunnskaper om generell og spesiell rehabilitering av ryggmargsskadde, og fant derved ut i hvilken fase denne pasienten, med stor sannsynlighet, var i på det bestemte tidspunktet. Hensikten var å ”treffe” pasienten i hans bearbeidelsesprosess for å tilpasse læring og veiledning best mulig.

Undersøkelsen viste at gjennom støttende holdninger, som det å bry seg om er, var den mest hensiktsmessige tilnærmingssmåte. Sympati er en holdning som hjelper pasienten. Pasienten har behov for å bli forstått, også når han bruker forsvarsmekanismer. Nærhet i pasient- sykepleierrelasjonen bidro til at sykepleieren kunne observere pasienten på en måte som gjorde at samspillet mellom pasient og sykepleier ble hensiktsmessig og hjalp pasienten framover i prosessen..

Erfaring spiller en stor rolle fordi det har med å få helhet og sammenheng, og en rekke forhold i rehabilitering må sees i sammenheng med hverandre. Med å kjenne igjen noe bestemt, klarer sykepleieren å betrakte det innenfor en helhet. Taus kunnskap kan deles med kollegaer ved hjelp av felles refleksjoner og åpne dialoger. Den ryggmargsskadde pasienten reiser ut fra spinalavdelingen med kunnskaper og ferdigheter som gir tro og håp for framtiden. Avdelingen fortsetter med å ta imot nye trafikkskoffer og det hele ser utenfra som om det glir av seg sjøl. Men det er noen personersom skjønner at der er tråder som skal trekkes i og hvilke tråder det skal trekkes i og når det er viktig å gjøre det, - for å fremme rehabiliteringsprosessen hos pasientene. De skjønner hva det er som motiverer, understøtter og oppmuntrer pasienten til å reorientere seg og ta ut sikte på nytt hver gang det butter på. Det må være en taus kunnskap disse pådriverne har som andre ser/ikke ser, men stoler på for erfaringsmessig blir det riktig adferd, hver gang, - og personalet blir samkjørt i oppgaven om å kjempe sammen med og for den aktuelle pasienten. Disse dyktige

sykepleierne henter fram og tar i bruk taus kunnskap fra kunnskapsbasen sin i hverdagslivet i en spinalavdeling.

Det er lett å skive om autonomi og støttende holdninger, men er vi så sikre på at pasienten oppfatter som vi ønsker at de gjør?

Det er usikkert om hvor mye sykepleierne er kjent med egen maktposisjon i samspillet mellom pasient og sykepleier på en spinalskadeavdeling. Det finner jeg lite forskning på. Det er derfor behov for mer forskning på dette området.

## Kildeliste

Ackerman,P., Kedersha,K.& VlietN. (2002) *Every step of the way : care management of the patient with a spinal cord injury*.CAREMANAGEMENT.2002 Jun; 8(3) : 23-28.(8ref)

Antonovsky A.(2000) *Helbredets Mysterium*, København: Hans Reitzels Forlag 2000

Benner,P., Tanner C.A.,Chelsla, C.(1992) *From beginner to Expert: Gaining Differentiated Clinical Care Nursing*. Advances in Nursing Science, 14(3): 13-2

Bredland, E. L., Linge, O. A., & Vik, K. (2002). *Det handler om verdighet*. Oslo: Gyldendal

Bråthen L. Laberg T. og U.Steen (2004) *Når livet skal leves* In L. L. Wekre & K. Vardeberg (Red.), Lærebok i rehabilitering – når livet blir annerledes. Bergen: Fagbokforlaget.

Boorse, C. (1977). Health as a Theoretical Concept. Philosophy of Science, 44 (4), 542-573.

Booth ,S. & Jester, R(2007) *The rehabilitation process*. R. Jester (Ed.), *Advanced rehabilitation nursing*.

Advancing Practice in Rehabilitation Nursing. Malden, MA; Blackwell

Carson j, Bartlett H., O`Malley P, De Wilde A, Dankert A & Brown D(1996) *Stress and coping in mental health nurses*, Psychiatric Care 3 : 235 239.

Chen, H., Boore J.P.R.& Mullan F.D (2005) *A personal reflection on physical activity, health, and wellness: developments and advancement for people with spinal cord injury*. TOP SPINAL CORD INJ REHABIL. 2004 Fall; 10(2): 151-62. (71 ref.)

Chase, T. (2005) *Get in the game! Essential skills for SCI patient education*. SCI NURS. 2005 Winter; 22(3): 146-9. (17 ref)

Cavanagh S. J.(2001) *Orems sykepleiemodell i praksis*: Gyldendal Akademisk

Conradi, S., & Rand- Hendriksen, S. (2004). *Funksjonshemming og rehabilitering – ideologi og virkelighet*. In L. L. Wekre & K. Vardeberg (Red.), *Lærebok i rehabilitering – når livet blir annerledes*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dalley,J and Sim,J (2001)*Nurses` perceptions of physiotherapists as rehabilitations members*. Clin Rehabil 15 (4):380 -9

De Santo-Madeya, S(2006) *The Meaning of living with Spinal Cord Injury*

Dyhr- Nielsen R.(2004) *Refleksjon som middel til å gjøre taus kunnskap eksplisitt*.

*an metodisk bruk avrefleksjon over egen praksis være en måte å gjøre taus kunnskap eksplisitt?En diskusjon av michel Polanyi sin teori I lys av Ikujiro Nokana sin teori om kunnskapsutvikling I organisasjoner. Vitenskapelig essey*

Eikeland, Morten(2007). *Master i Organisasjonpsykolgi* Australia

Elfstrom M.L., Kreuter M., Ryden A, Persson LO, Sullivan M. *Relations between coping strategier and health-related quality of life in patients with spinal cord lesion*.

Engel, G. L. (1997). *From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain*. Psychosomatics, 38 (6), 521 – 528.

---

Erle S. (2001). Disability, facilitated sex and the role of the nurse. Integrative literature Reviews and meta-analyses

Erikson, E. (2000) 2.utg. Barndommen og samfunnet- identitetsutvikling

Feiring, M. (2004). *Et streiftog gjennom rehabiliteringsfeltets begrephistorie*. In W. L. L. Wekre & K. Vardeberg (Red.), *Lærebok i rehabilitering – når livet blir annerledes* 15-22. Bergen: Fagbokforlaget.

Fjørtoft, A.K. (2006) *Hjemmesykepleie Ansvar, utfordringer og muligheter*. Fagbokforlagetldet

Fog, J.(1993). *Med samtalen som utgangspunkt : det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.

Gittler, M.S. (2004) *Acute rehabilitation in cervical spinal cord injury*. TOP SPINAL CORD INJ. REHAB. 2004 Winter; 9 (3) : 60-73. (32 ref 2 bib)

Grue, L. (2004). *Funksjonshemming er bare et ord. Forståelser, fremstillinger og erfaringer*. Oslo: Abstrakt forlag.

Hamran, T (1987) *Den tause kunnskapen* Universitetsforlaget

Henderson,V. (1998). *Sykepleiens Natur*. Oslo: Universitetsforlaget Kim, H. S.(2000) *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing* Springer Publishing Company

Hill M.C. & Johnson, J. (1999) *An exploratory study of nurses`perceptions of their role in neurological rehabilitation*, *Rehabil Nurse* 24(4): 152-7

Hiim, H. & Hippe ,E(2001) *Å utdanne profesjonelle yrkesutøvere*. Gyldendal Akademiske

Höök , O.( 1995) 3.utg. *Rehabiliteringsmedicin Under redaktion av Olle Höök*.

Almqvist & Wiksell Medicin. Liber Utbildning

Johnson J. (1995) *Achieving effective rehabilitation outcomes: does the nurse have a role?* Br J Therapeutic Rehabilitation 2 (3): 113 -18

Kautz. Donald (2008) *Inspiring Hope in Our Rehabilitation Patients, Their Families, and Ourselves*. Rehabilitation Nursing: Jul/Aug 2008; Vol.33, Iss.4; ProQuest Medical Library pg.148

Keane S. Chastain B, Rudisill, K. (1987) *Caring: nurse – patient perceptions*. Rehabilitation Nursing 12(4): 182 - 4

Kim, H. S.(2000) *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing* Springer Publishing Company

Kirkevold. M. (2001) *Sykepleieteorier, analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Krogstad, U. og Foss; C (2002) *Det handler om å kunne snu seg. Sykepleiekompetanse –handlekraft* Ad. Notam Gyldendal

Kvale, S. (2001) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal.

Larsen, Torill(2007) *Fra Ekspert til samarbeidspartner? En undersøkelse om brukermedvirkning i helsestasjonen*. Hovedoppgave. Universitet i Oslo. Det medisinske fakultetet. Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Lie, I. (1996). *Rehabilitering og habilitering: prinsipper og praktisk organisering* (2.utg. ed.).Oslo: Ad notam Gyldendal.

Lucke K.T. (1998) *Ethical implications of caring in rehabilitation*. Nursing Clinical North America

Malterud, K. (1996). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*

Tano Aschehoug



Martinsen K. ( 1989), *OMSORG, SYKEPLEIE OG MEDISIN, HISTORISK FILOSOFISKE ESSAYS*. TANO 1991

Martinsen.K.(2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Akribe Forlag

Larsen, T. (2008) *Fra ekspert til samarbeidspartner. En undersøkelse om brukermedvirkning i helsestasjon,*

Larner. S (2005). Common psychological challenges for patients with newly aquiered disability. Nursing Standard 19 (28)33 - 39

Laura May, Rene Day & Sharon Warren (2006) *Perception of patient education in spinal cord injury rehabilitation*, Research paper, Disability and Rehabilitation, September 2006; (17): 1041-104

Lazarus, R.S & Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal and Coping*, New York, Springer Publishing Company

Linsey, L.L& Key, B.H. (1995) *Designing patient education materials to increase independence*. SCI NURS. 1995 Dec; 12 (4) : 124-6. (4ref)

Linsey, L.L., Kurilla, L.L., DeVivo M.J.(2002) *Providing SCI education during changing times*. SCI NURS. 2002 Spring; 19(1): 11-4. (7ref)

Lohne, V. (2006) *Håpets kraft*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Lomborg, K.(1998) *Menneske, krop og sygepleie, I: J Lyngaa (red.), Sygeplejefag, refleksion og handling*. København: Munksgaard

Lomborg, K. (2004) *Nurse-patient interactions in assisted personal body care- A qualitativ study in people hospitalised with severe chronic pulmonary disease(COPD)* Phd thesis Faculty of Health Sciences University of Aarhus

Lov om pasientrettigheter (2001) <http://lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>

Lomborg K, (1998). *Menneske, kropp og sykepleie*, I: Lyngaa, *Sygepleiefag, refleksjon og handling*. København: Munksgaard

Long,A.F., Kneafsey, R., Ryan, J.6& Berry,J.(2001)*The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team, issues and innovations in nursing practice*

Lucke, K.T. (1999) *Outcomes of nurse caring as perceived by individuals with spinal cord injury*. *Rehabilitation Nursing*, 2 (6), 247-252  
*Journal Rehabilitaton*  
*Medicin* (2005) 37:9-16

Lucke, K. T. (1998) *Ethical implications of caring in rehabilitation*. *Nurse Clin Am* 32(2): 253-64

Malterud, K.(2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. Oslo Universitetsforlaget A/S

Merlau Ponty. M. (1969) *Phenomenology of Perseption*. 5.utg. London:Routledge

Miller C.; Ross, N. Freeman M (1999) *Shared Learning and Clinical Teamwork*: New Directions in Education for Multiprofessional Practice. English Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting London

Miller, J. F. (2000) *Coping with illness: Overcoming powerlessness* (3<sup>rd</sup> ed.)

Philadelphia: F.A. Davis

Molander B. (1995a): "*Kunnskapsmangfold og ulike kunskapstratitioner*". s:135 I

Herdis Alvsvåg, Norman Anderssen, Eva Gjengedal & Målfrid Råheim (RED.

Kunnskap, Kropp og Kultur, Helsefaglige grunnlagsproblemer Gyldendal Akademisk  
2001

NOU. (22: 2001). *Fra bruker til borger: En strategi for nedbygging av*

*funksjonshemmede barrierer*. In Sosial og Helsedepartementet (Red.) (s376): Statens  
forvaltningstjeneste, informasjonsforvaltning.

NOU. (16 :2003) *I første rekke Undervisningsdepartementet I Sosial og  
helsedepartementet*

NSF serien, 2/01: *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere ICNs etiske regler*.

Nolan, M. and Nolan, J. (1998) *Rehabilitation following spinal cord injury: the  
nursing response*. Br.J Nurse 7 (2):97-104

Nordhelle, G. (2009) *Manipulasjon Forståelse og håndtering*. Gyldendahl

Akademiske

Næss, S og Eriksen, J. (2000) *Diabetes, livskvalitet og mestring*

Olizock B. *A modell for assessing learning readiness for self-direction of care*

*in individuals with spinal cord injuries: A qualitative study*. SCI Nursing 2 (2)

69-74

Polit, D. & Beck, C.T. (2004) *Nursing Research, Generating and Assing Evidence*

*for Nursing Practice*. Eight edition. Lippincott Williams & Wilkins

Pellatt, Glynis Collis. *Perseptions of the nursing role in spinal cord injury rehabilitation* BRITISH JOURNAL OF NURSING; 2003, VOL. 12, No 5

Polanyi, Michael, (1967) *The tacit Dimention*, New Tork: Anchor Books.

Polanyi, Michael, (2000) *Den tause dimensjonen: en introduksjon til taus kunnskap*. Spartakus

Potter, P.J., Wolfe, D.L., Burkell, J.A., & Hayes, K.C. (2004) *Challenges in educating individuals with SCI to reduce secondary conditions*. TOP SPINAL CORD INJREHAB. 2004 summer; 10(1). 30-40. (43ref)

Pryor, J. (2002). Client and familiy coping. In S.P. Hoeman (Ed.). *Rehabilitation nursing; Process, application, and outcomes* (3rd ed., pp. 162-190). St. Louis, MO: Mosby

Purk J.K. (1993) Rehabilitation staff nurses` job satisfaction. *Rehabilitation Nursing* 18 (4) : 249 -52

Rolf, B (1995) *Profession, tradition och tyst kunnskap*

Rustøen, T. (2001) *Håp og livskvalitet, en utfordring for sykepleien?* Oslo: Gyldendal

Schøn, D.A. (1987) *Educating the reflective Practioner*. San Fransisco & London: Jossey- Bass Publisher

Skaalevik & Skaalevik (2005) *Skolen som læringsarena. Selvoppfatning, motivasjon og læring*. Oslo. Universitetsforlaget

Stang, I. (1998) *Makt og bemyndigelse- om å ta pasient og bruker medvirkning på alvor*. Universitetsforlaget i Oslo

Stortingsmelding nr. 21, (1998/1999) *Ansvar og meistring*

Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SSN). (*Etiske retningslinjer for sykepleierforskning i Norden*. Akademisk <http://www.vardinorden.org/ssn/etikk.pdf>)

Sydnes, T : *Opplevelse I forbindelse med å bli ryggmargsskadet*, Hovudfagsoppgave I sykepleievitenskap. Det Medisinske fakultet, Institutt for samfunnsmedisinske fag, seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet I Bergen, 1993

Theuerkauf, S.& Steward, A. (1992) *Partnership in dignity* SCI NURS. 1992 Mar; 9 (1): 4-7. (4 ref)

Travelbee, J. (1999) *Interpersonal Aspects in Nursing. Mellommenneskelige forhold I sykepleie*. Gyldendal Akademiske

MC Schönherr, JW Groothoff, GA Mulder and WH Eisma , *Participation and satisfaction after spinal cord injury: results of a vocational and leisure outcome study*. Spinal cord (2005) 43, 241 - 248

Skjervheim, H. (2001). *Deltakar og tilskodar*

Smith M. (1999) *Nursing in rehabilitation*, In Smith M.ed. *Rehabilitation in Adult Nursing Practicing*. Churchill Livingstone, Edinburgh: 33 - 52

Sosial-og helsedirektoratet. (2005). *Et reddet liv skal også leves –om rehabiliteringstilbudet til mennesker med alvorlig hjerneskade*. In S.-o. helsedirektoratet (Red.).

Stortingsmelding. (8: 1998-1999). *Om handlingsplan for funksjonshemma 1998-2001*.

Stortingsmelding. (21: 1998-1999). *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk*. In S.-o. helsedepartementet (Red.).

Stortingsmelding. (25: 2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. In H.-o. omsorgsdepartementet (Red.).

Stortingsmelding. (40:2002-2003) Nedbygging av funksjonshemmede barrierer. In Sosialdepartementet (Red.).

Thagaard, T. (1998) Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. Bergen: Fagbokforlaget.

Wekre, L.L., Vardeberg, K. (red) 2004 Lærebok rehabilitering, når livet blir annerledes. Fagbokforlaget

Whyatt, D.A., White, G.W. (2000). *Reducing secondary conditions for spinal-cord - injured patients: pilot testing a risk assessment and feedback instrument*. TOP SPINAL CORD INJ REHAB. 2000 Summer; 6(1): 9-22. (31ref).

Wolfe, D.L. Potter, P.J. & Sequeira K.A.J (2004) *Overcomming challenges: the role of rehabilitation in educating individuals with SCI to reduce secondary conditions*. TOP SPINAL CORD INJ. REHABIL. 2004 Summer 10(1). (27 ref)

Zoffman, V. (2004) *Guided Self-Determination : a life skills approach developed in difficult Type 1 diabetes: Phd thesis Faculty of Health Sciences, University of Aarhus*

**Til**

**St. Olavs Hospital**

**Avdeling for spinale skader**

**v/avdelingssykepleier**

**Søknad om tillatelse til å forespørre sykepleiere ved avdeling for spinale skader ved St. Olavs Hospital deltagelse i forskningsprosjekt**

Mitt navn er Gunvor Jørgensen. Jeg er utdannet sykepleier med videreutdanning i administrasjon, ledelse og organisasjonsutvikling, og i tverrfaglig rehabilitering. Jeg er for tiden student ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag ved Universitetet i Oslo, og i forbindelse med min masteroppgave ønsker jeg å gjennomføre en studie blant sykepleiere som arbeider eller tidligere har arbeidet med ryggmargskadde pasienter.

Sykepleieres funksjon og rolle i rehabilitering er lite beskrevet. Tilsynelatende bidrar sykepleiere med oppgaver knyttet til å ivareta av grunnleggende behov, som mat, stell osv.

Som rehabiliteringssykepleier over lang tid, har jeg merket meg at enkelte medarbeidere behersker å snu håpløshet hos ryggmargskadde pasienter i rehabiliteringsfasen. Jeg tror at den nærhet til pasienter som sykepleieren kan få nettopp gjennom daglige stellesituasjoner gir en unik tilgang til pasienten med tanke på å vite *når, hva og hvordan* ulike tema som er sentrale for å fremme pasientens rehabiliteringsforløp skal lanseres.

Bakgrunnen for den planlagte studien er derfor et ønske om å beskrive og sette ord på denne til dels tause kunnskapen. Jeg ønsker å intervju erfarne sykepleiere (valgt ut i samarbeid med avdelingssykepleier). Fokus vil være på sykepleierens erfaringer og refleksjoner over egen rolle og funksjon i rehabiliteringsprosessen. Målet er å finne ut hva sykepleierne selv anser som vesentlige vurderinger i rehabiliteringsprosessen til ryggmargskadde pasienter, og å beskrive de refleksjoner som ligger bak sykepleierens handlinger.

Intervjuene og presentasjon av funn foretas etter gjeldende retningslinjer for etisk forsvarlig forskning. Det innhentes frivillig informert samtykke, og responsen kan på et hvilket som helst tidspunkt trekke seg inntil oppgaven er levert.

Jeg søker derfor med dette om tillatelse til å forespørre sykepleierpersonalet ved avdeling for spinale skader på St. Olavs Hospital om å delta i dybdeintervju.

Intervjuene vil bli foretatt enten på arbeidsplassen eller et annet sted dersom ønskelig

Veileder under masterstudien vil være amanuensis Christina Foss ved Sykepleievitenskapelig Institutt ved Universitetet i Oslo. Dersom det er uklarheter eller spørsmål i forbindelse med søknaden, ber jeg om å bli kontaktet

Med vennlig hilsen Gunvor Jørgensen,

Adr. Lindevn. 21a, 7058 Jakobsli

Gunvor.jorgensen@stolav.no

Tlf 994 57 942 eller jobb 725 75019



---

## Haukeland Sykehus

### Avdeling for spinale skader

#### v/avdelingsleder

### **Søknad om tillatelse til å forespørre sykepleiere ved avdeling for spinale skader ved Haukeland Sykehus om deltagelse i forskningsprosjekt**

Mitt navn er Gunvor Jørgensen. Jeg er utdannet sykepleier med videreutdanning i administrasjon, ledelse og organisasjonsutvikling, og i tverrfaglig rehabilitering. Jeg er for tiden student ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag ved Universitetet i Oslo, og i forbindelse med min masteroppgave ønsker jeg å gjennomføre en studie blant sykepleiere som arbeider eller tidligere har arbeidet med rehabiliteringspasienter.

Sykepleieres funksjon og rolle i rehabilitering er lite beskrevet. Tilsynelatende bidrar sykepleiere med oppgaver knyttet til å ivareta av grunnleggende behov, som mat, stell osv.

Som rehabilitering over lang tid, har jeg merket meg at enkelte medarbeidere behersker å snu håpløshet hos ryggmargskadde pasienter i rehabiliteringsfasen. Jeg tror at den nærhet til pasienter som sykepleieren kan få nettopp gjennom daglige stellesituasjoner gir en unik tilgang til pasienten med tanke på å vite *når, hva* og *hvordan* ulike tema som er sentrale for å fremme pasientens rehabiliteringsforløp skal lanseres.

Bakgrunnen for den planlagte studien er derfor et ønske om å beskrive og sette ord på denne til dels tause kunnskapen. Jeg ønsker å intervju erfarne sykepleiere (valgt ut i samarbeid med avdelingssykepleier). Fokus vil være på sykepleierens erfaringer og refleksjoner over egen rolle og funksjon i rehabiliteringsprosessen. Målet er å finne ut hva sykepleierne selv anser som vesentlige vurderinger i rehabiliteringsprosessen til ryggmargskadde pasienter, og å beskrive de refleksjoner som ligger bak sykepleiernes handlinger.

Intervjuene og presentasjon av funn foretas etter gjeldende retningslinjer for etisk forsvarlig forskning. Det innhentes frivillig informert samtykke, og responsen kan på et hvilket som helst tidspunkt trekke seg inntil oppgaven er levert.

Jeg søker derfor med dette om tillatelse til å forespørre sykepleiepersonalet ved Haukeland Sykehus om å delta i dybdeintervju. Intervjuene vil bli foretatt enten på arbeidsplassen eller et annet sted dersom ønskelig

Veileder under masterstudien vil være amanuensis Christina Foss ved Sykepleievitenskapelig Institutt ved Universitetet i Oslo. Dersom det er uklarheter eller spørsmål i forbindelse med søknaden, ber jeg om å bli kontaktet

Med vennlig hilsen Gunvor Jørgensen,

Adr. Lindevn. 21a, 7058 Jakobsli

Gunvor.jorgensen@stolav.no

Tlf 994 57 942 eller jobb 725 75019

---

## Sunnaas Sykehus

### Avdeling for spinale skader

#### v/avdelingsleder

### **Søknad om tillatelse til å forespørre sykepleiere ved avdeling for spinale skader ved Sunnaas Sykehus om deltagelse i forskningsprosjekt**

Mitt navn er Gunvor Jørgensen. Jeg er utdannet sykepleier med videreutdanning i administrasjon, ledelse og organisasjonsutvikling, og i tverrfaglig rehabilitering. Jeg er for tiden student ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag ved Universitetet i Oslo, og i forbindelse med min masteroppgave ønsker jeg å gjennomføre en studie blant sykepleiere som arbeider eller tidligere har arbeidet med rehabiliteringspasienter.

Sykepleieres funksjon og rolle i rehabilitering er lite beskrevet. Tilsynelatende bidrar sykepleiere med oppgaver knyttet til å ivareta av grunnleggende behov, som mat, stell osv.

Som rehabilitering over lang tid, har jeg merket meg at enkelte medarbeidere behersker å snu håpløshet hos ryggmargskadde pasienter i rehabiliteringsfasen. Jeg tror at den nærhet til pasienter som sykepleieren kan få nettopp gjennom daglige stellesituasjoner gir en unik tilgang til pasienten med tanke på å vite *når, hva* og *hvordan* ulike tema som er sentrale for å fremme pasientens rehabiliteringsforløp skal lanseres.

Bakgrunnen for den planlagte studien er derfor et ønske om å beskrive og sette ord på denne til dels tause kunnskapen. Jeg ønsker å intervju erfarne sykepleiere (valgt ut i samarbeid med avdelingssykepleier). Fokus vil være på sykepleierens erfaringer og refleksjoner over egen rolle og funksjon i rehabiliteringsprosessen. Målet er å finne ut hva sykepleierne selv anser som vesentlige vurderinger i rehabiliteringsprosessen til ryggmargskadde pasienter, og å beskrive de refleksjoner som ligger bak sykepleiernes handlinger.

Intervjuene og presentasjon av funn foretas etter gjeldende retningslinjer for etisk forsvarlig forskning. Det innhentes frivillig informert samtykke, og responsen kan på et hvilket som helst tidspunkt trekke seg inntil oppgaven er levert.

Jeg søker derfor med dette om tillatelse til å forespørre sykepleiepersonalet ved Sunnaas Sykehus om å delta i dybdeintervju. Intervjuene vil bli foretatt enten på arbeidsplassen eller et annet sted dersom ønskelig

Veileder under masterstudien vil være amanuensis Christina Foss ved Sykepleievitenskapelig Institutt ved Universitetet i Oslo. Dersom det er uklarheter eller spørsmål i forbindelse med søknaden, ber jeg om å bli kontaktet

Med vennlig hilsen Gunvor Jørgensen,

Adr. Lindevn. 21a, 7058 Jakobsli

Gunvor.jorgensen@stolav.no

Tlf 994 57 942 eller jobb 725 75019



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTETET

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

|   |                            |
|---|----------------------------|
| <b>Navn:</b> Gunvor Jørgensen   | <b>Dato:</b> November 2009 |
| <b>Tittel og undertittel: Hverdagsliv i spinalskadeavdeling.</b>  |                            |
| En studie av sykepleieres refleksjoner om ryggmargsskadde pasienters rehabiliteringsprosess   |                            |
| <p><b>Hensikt:</b> Det er kjent at mange erfarne og dyktige sykepleiere har et større kunnskapsgrunnlag enn de formidler med ord til pasienter, pårørende og helsepersonell. Oppgavens formål er å analysere erfarne sykepleieres refleksjoner om rehabiliterings-prosessen til ryggmargsskadde pasienter ved tre utvalgte spinalskadeavdelinger. Refleksjonene tar utgangspunkt i møter med pasienter i daglig stell og omsorg i rehabiliteringen.</p> <p><b>Teoretisk forståelsesramme:</b> Omsorg i rehabilitering beskrives som ramme for rehabiliteringssykepleiere i spinalskadeavdeling. Oppgaven ses i forhold til teori om taus kunnskap, spesielt i et rehabiliteringsperspektiv og omsorgsperspektiv.</p> <p><b>Metode:</b> I undersøkelsen er det valgt et beskrivende design. Det er anvendt en kvalitativ metode med semi-strukturerte intervjuer av 10 rehabiliteringssykepleiere. Respondentene er fordelt på tre spinalskadeavdelinger. Data analyseres ved hjelp av innholdsanalyse.</p> <p><b>Funn:</b> Selv om mange rehabiliteringssykepleiere satt inne med betydelige mengder taus kunnskap, var det problematisk for dem å verbalisere kunnskapen. De brukte illustrerende eksempler som kunne belyse denne kunnskapen og viste at de daglig brukte taus kunnskap i omsorgen til den ryggmargsskadde pasienten. Et funn er at non - verbal nærhet til pasienten beskrives som svært viktig for å gjøre seg kjent med pasientens preferanser og interesseområder som brukes for å styrke selvbilde og mestring hos pasienten. Sykepleierne brukte persepsjon av pasienten for å finne ut når han/hun var klar for å bevege seg videre i prosessen. Autonom tilnærming i kommunikasjon mellom sykepleier og pasient styrker pasientens vilje til å ta ansvar for livet sitt. Formell kommunikasjon var nyttig i noen sammenhenger. Håp er viktig for pasienten, fordi håp har optimisme i seg og det førte til at sykepleiernes tause kunnskap om håpets kraft, var en motivasjonsfaktor som hjalp pasienten til å se framover. Avslutningsvis er funn at sykepleierne ved hjelp av observasjon visste hvor mye den enkelte pasienten kunne "ta inn" og trene, og unngikk derfor at pasienten ble overbelastet med informasjon og oppgaver. Sykepleierne visste og ved hjelp av sin tause kunnskap hvordan kontroll kunne gjenvinnes for pasienten.</p> |                            |

---

**Konklusjon:** Erfaring spiller en stor rolle fordi det har med å få helhet og sammenheng, og en rekke forhold i rehabilitering må sees i sammenheng med hverandre.

Denne undersøkelsen har tatt utgangspunkt i sykepleiernes refleksjoner om sine roller i rehabiliteringsprosessen til ryggmargsskadede pasienter. Det er usikkert hvordan pasientene opplever sykepleiernes maktposisjon relatert til pasientens rehabiliteringsprosess. Det er behov for mer forskning på dette feltet.

**Nøkkelord:** Ryggmargsskade, rehabiliteringsprosess, rehabiliteringssykepleie, taus kunnskap, sykepleiefunksjoner



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTETET

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

|  |                            |
|--|----------------------------|
| <b>Name:</b> Gunvor Jørgensen  | <b>Date:</b> November 2009 |
| <b>Title and subtitle:</b> Everyday-life in spinal cord unit.<br>A study of the nurses` reflections on the process of rehabilitation   |                            |
| <b>Abstract:</b><br><p><b>Aim of the study:</b> Experienced and capable nurses have a competence that goes beyond what they usually verbalize to patients, relatives and health staff. The purpose of this study is to analyse experienced nurses' reflections on the process of rehabilitation of patients with spinal injury at three selected spinal cord injury units. The reflections are based on meetings with patients in the everyday rehabilitation caring.</p> <p><b>Theoretical framework:</b> Care in rehabilitation is described as framework for nurses working in spinal cord injury unit. The study is related to theory about tacit knowledge, particularly in a rehabilitation perspective and a care perspective.</p> <p><b>Method:</b> In the study a descriptive design is chosen. Qualitative method is applied with semi-structured interview of 10 rehabilitation nurses. The respondents are sampled from three selected spinal cord injury units. Data content analysis is performed for the interviews.</p> <p><b>Findings:</b> Even if many rehabilitation nurses possess a substantial body of tacit knowledge, they had problems with verbalize their knowledge. The nurses used illustrative examples to highlight this knowledge and conceive tacit knowledge in everyday care for the patients.</p> <p>Non – verbal nearness to the patient is described as very important in order to gain insight in patient preferences and interests, and further strengthen the patients' self-esteem and coping.</p> |                            |



The nurses used perception of the patient to find out when he/her was prepared for progress in the process of rehabilitation. An autonomy approach in communication between nurse and patient strengthen the patient's will to take responsibility of her/his life. Hope is important for the patient, since it include optimism, and comply with the nurses' tacit knowledge that the power of hope motivates the patient looking forward. Finally, the findings indicated that the nurses by observing the patient, judge what the patient could "absorb" and present level of exercising, hence protecting the patient against an overload of information and tasks.

**Conclusion:** Experiences play a great role in rehabilitation because it gives whole and coherence in rehabilitation of patients, and many relatives in rehabilitation must be seen I coherence with each other. This study is based on the reflections of the roles of the nurses in the process of the rehabilitation of the patients with spinal cord injury. It is doubt regarding the patients' perception and experience of the power of the nurses. Moore research is required.

**Key words:** spinal cord injury, process of rehabilitation, rehabilitation nursing, tacit knowledge, nursing functions